Александр Коток

Беспощадная иммунизация

ПРАВДА О ПРИВИВКАХ

ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ КНИГА
Новосибирск 2008

Annotation

Книга рекомендуемая к обязательному прочтению мамам и папам. Особенно мамам и папам ещё нерождённых малышей. Вам принимать решение прививать или нет своего ребёнка, но для этого нужна информация, которую официальная медицина никогда и нигде не обнародует. Поэтому прочитать эту книгу в прямом смысле жизненно важно.

Александр Коток
Беспощадная иммунизация

Своей любимой маме Валентине Яковлевне Коток посвящает автор эту книгу

Аннотация

В книге подробно изучаются прививки как медицинская процедура и как сложная социальная проблема, по сей день не находящая своего справедливого решения. Каждая болезнь, прививка от которой входит в календарь прививок Российской Федерации, представлена в отдельной главе, где кратко описываются её этиология, патогенез, способы принятого в современной аллопатической практике и альтернативного лечения (гомеопатия и натуропатия), а также методы профилактики. Дополнительно в обсуждение включены некоторые болезни, прививки от которых пока что отсутствуют в календаре прививок России, но имеются в календарях других стран. В деталях анализируются состав вакцин и возможные поствакцинальные осложнения, приводятся факты, позволяющие взглянуть на другую сторону прививочной «медали» и ознакомиться с точкой зрения тех, кто предостерегает от излишнего энтузиазма в отношении прививок. Большая глава посвящена натуральной оспе, победа человечества над которой до настоящего времени считается главным доказательством успеха вакцинаций. Особую ценность представляет то, что в книге пристальное внимание уделено до сих пор практически не освещавшейся в литературе на русском языке истории появления прививок и введения их в медицинскую практику.

Книга располагает богатым аппаратом ссылок, цитат и комментариев; в большом количестве использованы малодоступные для рядового читателя материалы. «Приложения» предоставляют возможность познакомиться с документами, гарантирующими право гражданина РФ на свободу выбора в прививочном вопросе, а также с графиками, демонстрирующими устойчивое снижение заболеваемости и смертности от инфекционных болезней до введения прививок.

Несмотря на сложность обсуждаемых вопросов, книга написана живым и лёгким языком и адресована широкому кругу читателей, интересующихся проблемами современной медицины и её истории.

Предисловие к первому изданию

Автор этой книги – не эпидемиолог, не иммунолог, не вирусолог и не иной уважаемый и гордо звучащий в полемике о прививках «-лог» в смысле полученного высшего образования или последующей специализации. Я обычный врач, врач-гомеопат, в свое время увлекшийся историей медицины и защитивший докторскую (Ph.D.) диссертацию по сравнительной истории гомеопатии в европейских странах и Российской империи[1]. Работая над диссертацией и изучая развитие медицины в XIX и начале XX в., я обратил внимание на то, что очень многие гомеопаты, среди которых было и немало специалистов с мировым именем, резко выступали против профилактических прививок. Гомеопаты нередко были авторами статей и книг, критикующих прививки. Гомеопатов часто можно было обнаружить среди членов различных объединений антипрививочной направленности. Наиболее известный российский гомеопат того времени, д-р Лев Евгеньевич Бразоль, одновременно был автором двух и по сей день самых значительных сочинений на русском языке против оспенных прививок. Этот любопытный факт «гомеопатического негативизма» по отношению к прививкам не имел прямого касательства к теме моей диссертации и не был в ней упомянут, но я взял его себе на заметку. Будучи воспитан, как и почти все медики, в слепой вере в пользу прививок, я не мог не удивиться тому, что врачи-гомеопаты XIX века – обычно люди в высшей степени образованные и респектабельные – выступали против процедуры, польза которой, казалось, должна была быть очевидна по определению, тем более что и основатель гомеопатии, Самуил Ганеман (1755–1843), высказывался о прививках против натуральной оспы в высшей степени одобрительно, видя в их заявлявшейся эффективности подтверждение закона подобия, на котором основана гомеопатия.

Но ближайшее и при этом даже самое поверхностное знакомство с темой показало, что в истории прививок все было далеко не столь однозначно, как это стремятся показать сегодняшние пропагандисты массового прививания. Дальнейшее же исследование вопроса все более и более увеличивало мои сомнения. Фальсификация данных, передергивание фактов, беспринципность и неразборчивость в

средствах, алчность в погоне за наживой, навязывание обществу законов, противоречащих фундаментальным представлениям о свободе личности, – все эти неотъемлемые черты прививочного «убеждения» как-то мало вязались с представлениями о благе, принесенном в мир Дженнером. Может ли быть так, что многие тысячи людей из всех сословий объединялись в организации, ставившие своей исключительной целью ни больше ни меньше как борьбу… с собственной пользой? Идея абсурдна по определению, но что же тогда стояло за массовым антипрививочным движением в конце XIX – начале XX в.? И почему оно вновь на подъеме в наши дни, почему непрерывно увеличивается количество родителей, отказывающихся делать прививки своим детям? Почему отказы от прививок вызывают столько ярости у медицинских властей? Почему прививки делаются детям в роддомах, детсадах и школах без согласия родителей? Почему даже принятые законы, защищающие право личности на свободный выбор в прививочном вопросе, на деле не работают? Да и вообще, почему именно прививки становятся предметом отдельных государственных законов, почему не иные медицинские процедуры?

Следует особо сказать, что история антипрививочного движения в разных странах в последние годы привлекает к себе все больше внимания историков, что отражает как актуальность этой темы, так и давно назревшую необходимость переоценки сложившихся представлений о том, что происходило в прошлом, с позиций современной науки. И вообще проблема прививок слишком сложна, чтобы допустить упрощенческое к ней отношение или отдать ее исключительно на откуп так называемым специалистам – особенно тем, кто кормится вокруг прививочного дела всю свою профессиональную жизнь, а ведь медицинские власти – вполне предусмотрительно – признают только их мнение заслуживающим доверия. На деле прививки затрагивают столько аспектов как медицины и биологии, так и немалого числа иных наук (психологии, философии, социологии, культурологии, истории, статистики…), что вряд ли найдется нормальный человек, который мог бы объявить себя достаточно компетентным хотя бы в большей части из затрагиваемых обсуждаемой проблемой областей знания, не говоря уже обо всех. Разумеется, и я далек от того, чтобы считать себя разбирающимся во всем, что имеет отношение к прививкам. При этом, однако, я полагаю,

что высшее медицинское образование и опыт историка медицины представляют собой далеко не самые худшие стартовые условия для обсуждения этой темы – во всяком случае, ничуть не худшие, чем таковые многочисленных «-логов», которых считают|экспертами.

Поскольку в российском прививочном арго используется термин «щадящая иммунизация», применяемый к уменьшенным дозам некоторых вакцин, я решил назвать свою книгу «Беспощадная иммунизация» (хотя термин «иммунизация» по отношению к прививкам вообще правильным не является, о чем я буду говорить в первой главе). Это не столько ирония, построенная на доведении до абсурда, сколько констатация печального факта. Нынешняя прививочная практика и в самом деле не знает никакой пощады, и жертвами алчности вакцинных дельцов и их медслуг становятся и стар, и млад.

Я не стал излагать здесь те сведения, которые читатель без особого труда может найти, в том числе и в доступном изложении, в многочисленных книгах – например, об устройстве и функциях иммунитета или о классификации вакцин. Я намеренно отказался и от углубления в дебри узкоспециальных дисциплин – при этом не только памятуя о том, что книга пишется, главным образом, для широкого читателя, хотя и осведомленного в биологии и медицине. Первоочередной задачей настоящей книги я вижу ознакомление публики с накопившимися свидетельствами в пользу того, что вакцинация является процедурой как малоэффективной, так и весьма небезопасной – во всяком случае, гораздо более опасной, чем это принято считать. Практически во всех странах, считающих себя демократическими, законы декларируют право родителей на свободный и информированный выбор в прививочном вопросе. Однако такой выбор возможен лишь в том случае, если у родителей есть доступ как к информации «за», так и к информации «против». С информацией «за» проблемы нет – ее в избытке. Газеты, радио, телевидение, вебсайты, толпы «специалистов по вакцинации», начиная с участковых педиатров и заканчивая высшими чиновниками от медицины, – все в унисон твердят о неисчислимых благах, которые даруют прививки. Найти же информацию «против» на русском языке родителям куда труднее, а для тех, кто не имеет доступа в Интернет или не живет в одном из российских мегаполисов, практически невозможно вообще. Эта книга

как раз и призвана дать им те сведения, которые от них скрывались и вооружившись которыми они смогут критически изучить проблему.

Для родителей, ищущих альтернативу прививкам, а также желающих больше знать о возможностях домашнего лечения наиболее распространенных детских болезней, я привожу некоторые сведения по гомеопатическому и натуропатическому лечению. Читатели могут применять эти методы исключительно на свою ответственность; особенно это относится к лечению мегадозами витамина С. Хотя имеющиеся данные выглядят многообещающими, следует помнить, что детальных исследований такого лечения не проводилось и дозировки устанавливались эмпирически. Проводить такое лечение должен врач. Гомеопатические методы лечения разработаны более тщательно, но и в этом случае родители должны помнить, что они и только они отвечают за здоровье своего ребенка. Оптимальным вариантом была и остается консультация с доктором, пользующимся доверием родителей. К сожалению, в наше время, когда квалификация многих врачей с точки зрения их умения возвращать здоровье катастрофически низка, а применяемые ими официально утвержденные методы подавляющего лечения не могут быть охарактеризованы иначе как варварские и совершенно противоестественные (антибиотики к месту и не к месту, гормоны, мази и пр.), найти такого врача становится все сложнее.

Я должен также оговориться относительно того, что в этой книге обсуждаются (за исключением прививки от гриппа) массовые профилактические детские прививки, входящие в прививочные календари ряда стран. Вопрос о прививках по экстренным показаниям, в том числе и против бешенства при покусах предположительно бешеными животными, – совершенно отдельная тема, которой я не касаюсь.

Я хочу искренне поблагодарить всех, кто помогал мне. Вряд ли книга, которую держит в руках читатель, увидела бы свет без той помощи, которую в качестве корректора, редактора и просто доброго советчика на всех этапах работы оказывала Галина Лобанова (СПб). Ею же были найдены и присланы мне некоторые старые публикации, хранящиеся в Российской национальной библиотеке. Многие использованные в этой книге материалы были добыты в израильских библиотеках и предоставлены в распоряжение автора Ксенией Михайловой (Иерусалим). В процессе работы над книгой я получал

дельные советы и разъяснения от Александра Ястребова (СПб) и Александры Казачек (Мельбурн). Я не знал отказа в поиске нужных материалов в российских источниках от д-ра Анатолия Шипова (Ярославль). Несколько очень важных для работы книг были присланы мне любезным д-ром Александром Мартенсом (Москва), а д-р Александр Иванив (Одесса) незамедлительно удовлетворял мое любопытство в том, что касается применения нозодов. Вообще же число тех, кто прямо или косвенно, материалами или просто советом оказал мне помощь, врачей и неврачей из разных стран мира, к которым я обращался с просьбами о содействии, составляет несколько десятков человек. Я не буду перечислять здесь все имена, но хочу, чтобы все мои друзья и коллеги знали, что я ценю и не забываю оказанные мне услуги. Особо отмечу Хилари Батлер (Новая Зеландия), которая всегда старалась, при всей ее безмерной занятости общественной работой, не оставлять без внимания мои вопросы и отвечать на них максимально быстро и максимально полно.

Я надеюсь, что изучение материалов настоящей книги позволит читателям составить свое собственное мнение о прививках. То самое действительно информированное мнение, на основе которого родителям предлагается сделать свой выбор.

Александр Коток

Предисловие ко второму изданию

После того, как «Беспощадная иммунизация» увидела свет, я получил огромное количество писем, как от врачей, так и от неврачей, прочитавших книгу. Примечательно, что хотя указания на мелкие ошибки и недочеты отнюдь не были редкими, ни одного письма, ставящего под сомнение не только саму идею книги, но даже отдельные выводы, мною получено не было. Что, конечно же, не означает безгрешность доказательной базы работы. Во второе издание «Беспощадной иммунизации» я включил новые факты и свои комментарии к ним, призванные продемонстрировать читателю порочность и опасность нынешней прививочной практики. Практически все без исключения главы подверглись переработке и исправлениям. Кроме того, была добавлена одна новая глава («Поствакцинальные осложнения»), в которой я хотел бы показать, каким образом адвокатам прививок на разных уровнях медицинской иерархии удается создавать статистику крайне малого числа поствакцинальных осложнений, соответствующую расхожей концепции «польза прививок намного перевешивает их риск». Как и в работе над первым изданием книги, я получил большую помощь от Александра Ястребова (СПб) и Александры Казачек (Мельбурн), за что искренне им благодарен. Некоторые старые и редкие материалы были найдены и предоставлены в мое распоряжение Розой Бородецкой (СПб), которой я хотел бы выразить свою глубокую признательность. Немало важных советов я получил в частной переписке и на форуме при моем Интернет-сайте. Я не имею возможности назвать все имена, но моя благодарность всем, кто помогал мне словом и делом в работе над вторым изданием книги, от этого не меньше.

Я надеюсь, что оценка второго издания «Беспощадной иммунизации» читателями будет не ниже той, какой удостоилось ее первое издание. Все отзывы и замечания будут приняты автором с благодарностью.

Александр Коток,
апрель 2006 г.

Прививки: основные проблемы

Государство не имеет права жертвовать ни одним человеком, хотя бы даже для охранения миллионов, потому что каждый индивид имеет невознаградимую цену и стоит столько же, сколько миллион других. Подвергать же человека операции, которая в лучшем случае не приносит никакой пользы, но во многих других ставит на карту его здоровье и жизнь – это акт несправедливого посягательства на свободу личности, который не может быть оправдан даже в видах безопасности частных лиц.

Д-р Лев Бразоль «Мнимая польза и действительный вред оспопрививания» (1884 г.)

О конкретных болезнях и вакцинах мы будем говорить в отдельных главах, а настоящую главу я хотел бы посвятить проблемам, имеющим отношение к вакцинам и прививкам в целом. Прививочная практика ущербна с очень многих точек зрения – медико-биологической, правовой, этической, социологической, философской, экономической, и аргументированное обсуждение каждой из них легко обеспечило бы материалами довольно толстую книгу. Поэтому я ограничусь изложением вопросов лишь в самом общем их виде.

Прежде всего, хотелось бы обратить внимание на необычность самой процедуры вакцинации, или, как ее еще называют, иммунизации – употребления последнего термина на страницах своей книги я буду избегать[2]. Когда мы говорим о том или ином виде лечения – его эффективности, осложнениях, о той цене (как в буквальном, так и в переносном смысле), которую приходится платить за то, чтобы избавиться от какой-то болезни или замедлить ее разрушительный для нашего здоровья ход, мы понимаем неизбежность некоей платы. Иногда лечение оказывается хуже самой болезни по своей тяжести или последствиям, – тогда пациент досадует и даже подает иски в суд

против врачей, если считает, что лечением ему нанесен ущерб больший, чем могла бы нанести сама болезнь. Но не забудем: все, что пациент предпринимает, или дает разрешение предпринять врачам, он делает лишь с целью максимально возможного восстановления собственного здоровья. Он рискует, начиная даже самое безобидное лечение, и требует от медицины, чтобы она свела этот риск к минимуму. Однако риск был, есть и неизбежно будет. Таков характер медицины, ничто не в силах его изменить. И чем более агрессивной становится медицина, тем более возрастает степень такого риска для нас. Но эти рассуждения совершенно неприменимы к прививкам! Уникальность прививок как медицинского вмешательства состоит в том, что они подвергают опасности *здоровых людей* и *не имеют своей целью улучшить их нынешнее состояние здоровья;* декларируемая польза прививок относится к туманному будущему и основывается на статистических выкладках большей или меньшей степени достоверности (часто недостоверных вовсе – многие такие исследования прямо или косвенно финансируются компаниями-производителями вакцин), с помощью которых пытаются определить риск заболеть той или иной болезнью и риск серьезно пострадать от нее. От прививаемых требуется подвергнуть себя *реальному* риску расстройства здоровья и даже смерти (такую возможность не исключают и сами вакцинаторы) ради *предполагаемой* пользы его лично или в некоторых случаях других членов общества, как в случае прививания детей от краснухи. Но мало того. Согласно концепции «допустимых поствакцинальных реакций» (высокая температура, рвота, беспокойство, непрерывный крик ребенка и даже судороги) и так называемого поствакцинального периода-отрезка времени, следующего за прививкой, характеризующегося подавлением функций иммунной системы и, соответственно, высокой подверженностью различным заболеваниям, – вакцинаторы прямо заявляют, что *быть больным после прививки – это нормально.* При этом родителям никто с уверенностью не скажет, какие поствакцинальные реакции следует считать нормальными, а какие – патологическими, и сколько же длится этот самый поствакцинальный период для их конкретного, а не для среднестатистического ребенка, насколько он окажется тяжелым и когда можно будет, наконец, праздновать возвращение к прежнему состоянию здоровья при якобы имеющейся защите от привитой болезни. Равно как никто не гарантирует, что

прививка не станет причиной пожизненной инвалидности, а то и вообще смерти (желающие проверить готовность врачей предоставить такую гарантию могут попросить педиатра подписать бумагу, согласно которой он берет на себя полную ответственность за исход прививки); при этом самые тяжелые последствия замалчиваются[3]. Согласно российскому прививочному календарю, в течение первых полутора лет жизни ребенок должен получить 9 (!) различных прививок, причем первую (от гепатита В) – в первые 12 часов жизни, а вторую (БЦЖ) – в возрасте 3–5 дней[4]. Таким образом, в течение первых 18 месяцев жизни ребенок совершенно законно должен быть почти постоянно болен, или, говоря языком прививочной пропаганды, «находиться в поствакцинальном периоде». Зададимся вопросом: каким же образом мыслится сделать ребенка более здоровым в будущем, если он постоянно нездоров в течение того самого времени, когда развиваются важнейшие системы организма, призванные обеспечить здоровье на всю жизнь? Вот что сообщают российские авторы: «При введении различных бактериальных и вирусных вакцин описаны однотипные изменения в иммунной системе, которые носят двухфазный характер. Первая фаза – иммуностимуляция, сопровождающаяся увеличением числа циркулирующих лимфоцитов, Т-хелперов, В-лимфоцитов. Вторая фаза – фаза транзиторного иммунодефицита. Она развивается через 2–3 недели после введения вакцины и характеризуется снижением численности всех субпопуляций лимфоцитов… и снижением их функциональной активности – способности отвечать на митогены, синтезировать антитела. У ряда привитых отмечался выраженный иммунодефицит продолжительностью до 4,5 мес… Вторая фаза необходима для ограничения иммунного ответа на антигены вакцины. Однако это ограничение распространяется на посторонние по отношению к вакцине антигены… Патогенетически поствакцинальный иммунодефицит неотличим от вторичных иммунодефицитов, возникающих в ходе вирусных или бактериальных инфекций… Определенный вклад в развитие поствакцинального иммунодефицита может вносить развивающийся при вакцинации общий адаптационный синдром… который сопровождается угнетением выработки интерферона… Помимо изменения численности и функциональной активности различных субпопуляций лимфоцитов, вакцинация вызывает изменения и в системе неспецифической реактивности –

угнетение активности комплемента, пропердина, лизоцима, бактерицидных свойств сыворотки крови, фагоцитарной активности лейкоцитов, что особенно выражено в первые 15 дней после прививки… а также интерфероновую гипореактивность, длительностью до 6 мес.»[5].

Многие ли из родителей задумывались над логикой прививочного посыла: «Взять *здорового,* чтобы сделать его *непредсказуемо больным,* для того, чтобы он в будущем стал *более здоровым*»? А если задумывались, неужели с ней соглашались?

Трудно найти сегодня страну, где прививки делались бы насильно. Практически нет считающих себя демократическими стран, где родители не могли бы сделать свободный и осознанный выбор в пользу отказа от прививок. Однако действительно осознанный выбор может основываться лишь на полной информации, а вот с доступом к ней дела обстоят совершенно неудовлетворительно именно потому, что такая информация очень часто не только не в пользу прививок, но и прямо указывает на приносимый ими вред. Эта информация малодоступна не только для родителей, но и для медицинских работников. Редкий педиатр имеет достаточное представление о том, что входит в состав вакцин, каковы токсикологические характеристики этих веществ, какова их предельно допустимая концентрация (ПДК) в организме человека, какие описаны осложнения после введения вакцин. Даже вполне грамотный средний врач плохо разбирается в тонкостях функционирования иммунной системы, в том, как она развивается, какова природа аутоиммунных заболеваний, число которых в последние годы увеличивается в пугающих пропорциях параллельно все возрастающему количеству прививок[6]. При невероятной загруженности институтского курса откровенно «шлаковыми» и не имеющими никакого отношения к будущей медицинской практике дисциплинами – биологией, физикой, различными химиями (во многом повторение школьного курса в усложненном виде – дань тем канувшим в лету стародавним временам, когда абитуриенты приходили из классических гимназий, без твердых основ в естественных науках) – иммунология читается второпях и мимоходом, при этом даже не отдельно, а в курсе микробиологии, словно единственное предназначение иммунной системы – бороться с возбудителями болезней. В последнее время все чаще приходится слышать о

конфликтах между иммунологами и практическими врачами – первые имеют куда лучшее представление о том, чем могут грозить прививки, а на долю вторых выпадает претворять в жизнь спускаемые сверху планы «прививочного охвата»[7]. Российские авторы пишут: «…В последние годы в связи с увеличением количества детей, перенесших тяжелые осложнения перинатального периода и имеющих гипоксическое поражение головного мозга… назрела необходимость уточнения календаря профилактических прививок для данной категории детей. Универсальность иммунных механизмов при ответе на инфекционные, токсические и стрессорные воздействия, важная роль аутоиммунных процессов… онтогенетические особенности иммунного ответа (в частности, апоптоз неонатальных В-лимфоцитов при массивной антигенной нагрузке, затруднение кооперации Т- и В-лимфоцитов новорожденных… неспособность неонатальных В-лимфоцитов к изотипическому переключению синтеза иммуноглобулинов с IgM на IgG) ставят под сомнение необходимость ранней антигенной стимуляции с профилактической целью и являются основаниями для тщательного динамического изучения данных аспектов с позиции современной науки. Тем не менее, действующие нормативные документы пока не учитывают вышеуказанных особенностей»[8]. А что же мешает учитывать? Необходимость максимального «прививочного охвата», не считаясь ни со здоровьем детей, ни с научными данными?

Информация о том, что вакцины неэффективны, а их применение может быть небезопасным, тщательно фильтруется, чтобы родителям не попадались на глаза «неправильные», не соответствующие официальным представлениям исследования, которые могут поставить под вопрос родительское согласие на прививку детям. Вот что писал известный американский педиатр, профессор медицинского колледжа при Иллинойском университете Роберт Мендельсон (1922–1988) в книге «Как вырастить здорового ребенка… вопреки вашему доктору»: «На форуме Американской академии педиатрии (ААП) в 1982 г. была предложена резолюция, призванная обеспечить такое положение вещей, при котором родителей информировали бы о пользе и о риске прививок. Резолюция настаивала на том, чтобы «ААП подготовила на ясном и доступном языке информацию, с которой благоразумный родитель захотел бы ознакомиться, относительно пользы и риска календарных прививок, риска болезней, которые могут быть

предотвращены вакцинами, и относительно наиболее общих побочных реакций на прививки и лечения их». Вероятно, собравшиеся доктора не сочли, что «благоразумным родителям» может быть разрешен доступ к информации такого рода, так как *резолюцию отвергли!»*[9]. Вакцинаторы открыто признают, что «лишняя» информация может повредить их прививочным успехам: «Создатели брошюр должны определить то основное, что пациент (или родитель) должен узнать, чтобы повести себя нужным образом. Тогда не требуется останавливаться на деталях. При написании брошюры нужно стремиться к созданию желаемого поведения, а не глубоких знаний»[10]. Под стать этому откровению рекомендация ответственного за выпуск информационных брошюр для родителей д-ра Мартина Смита из Департамента здравоохранения США: «Обилие и сложность материала… могут запутать родителей и без нужды вызвать их беспокойство»[11]. Подобные примеры сокрытия негативной информации о прививках можно умножать без счета.

Впрочем, если бы все ограничивалось лишь вопросом личной информированности и личных представлений о том, что такое хорошо и что такое плохо для собственных детей и для себя, то со всеми прививочными несуразностями можно было бы смириться. В конце концов, прививки были бы просто личным делом каждого члена общества или его опекунов. Однако далеко не бескорыстные адепты прививочных теорий стараются подмять под себя все общество (и для проведения такой политики они, к несчастью, располагают соответствующими средствами). Американский социолог Иван Иллич справедливо заметил в своей знаменитой книге «Немезида медицины», переведенной на множество языков, что «медицина подрывает здоровье не только посредством прямой агрессии против индивида, но и через влияние своих социальных организаций на все окружение»[12]. Говоря о прививках, надо подчеркнуть особую опасность прививочной концепции коллективного иммунитета. «Вакцинация – это не личное дело. Это в сущности своей общественный вопрос, поскольку предназначение большинства прививочных программ – выработка коллективного иммунитета», – заявила ВОЗ на своей 13-й ассамблее[13]. Согласно этой концепции, для того, чтобы прекратить циркуляцию возбудителя той или иной инфекционной болезни, необходимо, чтобы определенный процент населения имел к ней иммунитет. Тогда те, что

не имеют иммунитета, будут также защищены. Речь идет не о 20 %, не о 50 % и даже не о 70 % так называемого иммунного населения. Для некоторых болезней (например, дифтерии, кори, коклюша) называется даже цифра в 95 % (!), и ни для одной «управляемой прививками» болезни она не должна быть ниже 80 %[14]. По мере расширения прививочных программ в планетарном масштабе у населения появляется все меньше возможностей получать антигенные «толчки» от природных возбудителей и поддерживать, таким образом, свой иммунитет. Естественный иммунитет теряется в человеческом обществе; заменить возбудителя призваны регулярные массовые прививки, и для достижения вожделенного коллективного иммунитета надо прививать всех или почти всех, при этом постоянно. Но как же этого достичь, когда согласно заявлениям, например, российских педиатров действительно здоровые дети (то есть именно те, кого прививать по прививочным меркам можно) фактически стали редкостью, число хронически больных и требующих постоянного наблюдения и лечения достигает четверти-трети всей детской популяции, а по иным данным – и половины и даже больше? Тогда в угоду вышеупомянутой концепции начинают уменьшать «неоправданно большое число противопоказаний»[15] и прививать также и больных, калеча, а иногда и убивая их. Разумеется, все эти «отдельные факты» не афишируют, чтобы не подвергать сомнению прививочные теории и гарантировать безопасность тем, кто их осуществляет на практике[16]. Несмотря на однозначное требование российского Закона об иммунопрофилактике инфекционных болезней № 157-ФЗ от 17 сентября 1998 г., согласно которому проводить профилактические прививки можно лишь «с согласия граждан, родителей или законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством РФ» (статья 11.2), прививки детям в роддомах, детсадах и школах делают без ведома родителей[17]; игнорируется и право граждан на «получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях» (статья 5.1). Родителей вынуждают согласиться на прививки детям методами бюрократического нажима – это орудие также эффективно, когда речь идет о взрослых. Среди излюбленных методов принудительной

вакцинации, например, отказ в приеме на работу или в выплате зарплаты или социальных пособий; для студентов – отказ допустить к сессии или перевести на другой курс. Хотя право граждан на компенсацию в случае возникновения поствакцинальных осложнений закреплено в том же законе (глава V – «Социальная защита граждан при возникновении поствакцинальных осложнений», статьи 18–21), медицинские чиновники предпринимают все возможные меры, чтобы оставить пострадавших без этой компенсации, благо деньги на ведение судебных процессов казенные, а затягивать такие процессы бесконечными экспертизами, переносами заседаний и пр. можно на долгие годы, изнуряя истцов морально и финансово.

Здесь надо отметить, что сама теория коллективного иммунитета создавалась в начале XX в., когда в человеческом обществе имелся естественный иммунитет к болезням и требовалось привить сравнительно небольшое число людей, не имеющих этого иммунитета. Это казалось вполне достижимой целью. Теперь же эта концепция применяется к совершенно другому времени, к совершенно другой эпидемиологической обстановке, и никто не может сказать, является ли она вообще верной.

Таинство принадлежности к коллективному иммунитету заставляет вспомнить о нацистской Германии, где допуск к социальным благам находился в прямой зависимости от искусственно выдуманного фактора – «расовой чистоты». Сегодня прививки, являясь показателем «эпидемиологической чистоты», также служат гарантией допуска к определенному минимуму социальных благ. Например, непривитым детям в некоторых странах бывшего СССР и бывшего «социалистического лагеря» запрещено посещать дошкольные заведения и школы. Концепция прививочного коллективного иммунитета предполагает, что часть прививаемых должна быть принесена в неизбежную жертву поствакцинальным осложнениям. Прививочная пропаганда и не стремится это отрицать; она лишь пытается преуменьшить число потенциальных пострадавших и вообще значение опасности осложнений, заявляя, что «осложнения бывают очень редко», и раздувая страхи перед болезнями («опасность болезни намного превышает риск прививки»). Однако вряд ли общество может выиграть, прежде всего в моральном плане, увеча и уничтожая своих здоровых членов ради пользы общества «в целом». Оно ведь не

уничтожает неизлечимо больных или инвалидов (что, кстати, также практиковалось в нацистской Германии и на заре человеческой расы там, где не могли прокормить растущее население), являющихся его заведомо убыточными статьями; а раз так, то еще меньше обоснованы ритуалы прививочного человеческого жертвоприношения. Кроме того, живущие за счет прививок «специалисты» ведут кампании против граждан, отказывающихся подчиниться прививочному шантажу. При этом вакцинаторов не смущает, что они пытаются ставить под сомнение правомерность существующих законов, принятых в соответствии с Конституцией, – они совершенно уверены в собственной безнаказанности. Вот, например, что пишется в брошюре, выпущенной по заказу (!) Министерства здравоохранения РФ: «… Почему же мы так дружно осуждаем родителей, не обращающих на своих детей должного внимания, наказывающих их, отдающих их в дома ребенка, и как само собой разумеющееся воспринимаем то, что именно родители обретают (вероятно, имелось в виду «обрекают». – *А. К.*) невакцинированных по своей воле детей на тяжелые заболевания. Оставляя ребенка без вакцинации, родители создают угрозу не только его здоровью, но и здоровью окружающих. Ведь он, заболев, может заразить тех, у кого вакцинальный иммунитет оказался недостаточным или угасшим…»[18]. Публикации такого рода, откровенно подстрекательские по своей сущности, проходят мимо внимания прокуратуры, хотя единственное их предназначение – настроить общественное мнение против людей, реализующих данное им законом право на отказ от прививок, и спровоцировать конфликты. Под стать этому – интервью главного педиатра Москвы А. Румянцева (АиФ-«Здоровье», 09.04.2003): «Не хочешь прививать ребенка – будь готов к его болезням… Сознательные родители делают ребенку не только бесплатные прививки от 9 заболеваний, но и спрашивают у врача, какие надо сделать еще. Да, прививки, не входящие в официальный план, платные, но стоимость одной вакцины равняется цене одной бутылки водки. Или вы выпьете сегодня эту бутылку, или ваш ребенок будет защищен, например, от пневмококка или менингита…». Так населению внушается мысль, что отказ от прививок неминуемо «обрекает детей на тяжелые заболевания», а отказываются от прививок своим детям одни лишь алкоголики и маргиналы, хотя на самом деле все обстоит с точностью до наоборот: именно те образованные родители, что хорошо изучили

тему прививок, отказываются от них, а соглашаются на прививки, как правило, те, кто привык бездумно верить врачам и примитивной пропаганде.

Пока что мы говорили больше о философских и правовых аспектах проблемы. Теперь нужно уделить внимание медицинским аспектам прививок.

Как известно, перед выходом нового лекарства на рынок оно должно пройти немало различных проверок – сначала тестирование в лабораториях, потом испытания на животных и лишь потом на людях. Если на каком-либо этапе обнаруживается «прокол», то дальнейшая разработка препарата становится невозможной. До тех пор, пока нет гарантии (возможной в пределах нынешнего состояния дел в науке) безопасности, препарат не станет доступным для широкого использования. История с талидомидом – лекарством, призванным предотвратить тошноту у беременных, которое оказалось тератогенным (стали рождаться дети без конечностей, производитель вынужден был выплатить гигантские суммы за нанесенный ущерб) – послужила хорошим уроком. Однако с вакцинами все обстоит совершенно не так, хотя, казалось бы, в данном случае речь идет о младенцах, тут нужна стократ большая осторожность! Никаких серьезных исследований не требуется для того, чтобы очередная вакцина была лицензирована и стала обязательной для применения у сотен тысяч и миллионов детей[19]. Вакцины, вопреки здравому смыслу и существующим стандартам, применимым к другим препаратам, обладают «презумпцией невиновности» и упорно применяются до тех пор, пока не будет очевидно доказан их вред. Так это недавно было с ротавирусной вакциной, так это происходит с «горячими сериями» (hot lots) вакцин, без лишнего шума отзываемыми с рынка после получения определенного количества сообщений о смертях и увечьях детей после их использования. В своем докладе на недавней конференции в Лозанне, посвященной проблеме аутоиммунности, связанной с вакцинами, специалист в исследовании лекарственных препаратов и медицинский эксперт д-р Марк Жирар привел пример, когда препарат толькапон, применявшийся для лечения болезни Паркинсона, в 1998 г. был немедленно отозван с рынка после получения *всего десяти сообщений* о вреде, наносимом им печени, хотя из этих десяти были опубликованы всего лишь три, да и те сомнительной достоверности. В

то же самое время уже имевшиеся *десятки сообщений* о тяжелейших последствиях прививки от гепатита В, включая инвалидности и смерти, *опубликованные* в европейской базе данных REACTIONS, ничуть не помешали министру здравоохранения Франции объявить в 1994 г. о начале программы массовых обязательных прививок против гепатита В (всего несколько лет спустя эта программа была остановлена в связи с огромным количеством случаев рассеянного склероза и других тяжелых заболеваний у привитых вакциной от гепатита Вис подачей исков в суд против министерства здравоохранения Франции; см. главу о гепатите В)[20]. Другой очень хорошей иллюстрацией политики двойных стандартов может послужить нынешняя далекая от завершения история с вакциной MMR, которую родители детей, больных аутизмом, обвиняют в том, что она стала причиной этого тяжелого заболевания. Медицинские власти заявляют родителям, что вакцина безопасна, *потому что* не доказана ее связь с аутизмом; эта связь – всего лишь гипотеза. Однако когда возникла ничуть не более обоснованная гипотеза о том, что вирус так называемого коровьего бешенства, поражающий мозг животных, может быть опасным и для человека, никто не стал дожидаться доказательств, которые могли бы стоить жизни и здоровья людям, – предположительно инфицированный скот просто начали массово уничтожать! Таких примеров можно привести очень много.

Вакцины не проверяются ни на канцерогенный (способность вызывать рак), ни на мутагенный (способность вызывать генетические мутации) эффект. В вакцины добавляются высокотоксичные вещества (ртуть, формальдегид, фенол, алюминий), хотя никто и никогда не показал безвредность их применения у детей. Наоборот – достаточное количество исследований продемонстрировало, что эти вещества ядовиты, вредны для организма, могут стать причиной тяжелых болезней. После почти 70 лет бесконтрольного использования ртути в вакцинах, в 1999 г. в свете разгоревшегося общественного скандала Американская академия педиатрии рекомендовала незамедлительно от ртути избавиться. Два года спустя та же рекомендация была дана американским Институтом медицины (ЮМ). Кроме того, вакцины в процессе производства постоянно контаминируются (заражаются) микробами, вирусами, грибками и простейшими. Для деконтаминации, в свою очередь, также применяются токсические вещества

(антигрибковые препараты и антибиотики), так что в итоге получается ядовитый коктейль с никогда не изучавшимися свойствами[21]. В главе, посвященной полиомиелиту, мы будем говорить о вирусе SV-40, который в течение многих лет проникал и, возможно, продолжает проникать в полиовакцины, и о предполагаемой связи прививочной кампании в центральноафриканских странах и появления ВИЧ.

Нельзя обойти вниманием еще один аспект, касающийся испытания вакцин. Вакцины тестируются на тщательно отобранных *здоровых* детях, имеющих заведомо меньший шанс развития осложнений. Однако когда вакцина лицензируется для массового использования, ее сразу же начинают получать *все* дети, без учета сопутствующих болезней, генетических особенностей и иных важных факторов, ведь требуется реализовать как можно больше вакцин и создать пресловутый коллективный иммунитет! Ротавирусная вакцина не давала, по утверждению фирмы-производителя, осложнений при проверке ее в группе здоровых детей. Но когда ее стали получать все дети, в том числе и недоношенные, оказалось, что она вызывает инвагинацию кишечника. Двое детей погибли, несколько десятков перенесли операции.

Когда новое лекарство испытывается на экспериментальной группе добровольцев, результаты его применения сравниваются с результатами применения плацебо. Когда же испытывается новая вакцина, результаты сравниваются не с плацебо, а с *другой вакциной,* что принципиально некорректно. Как можно оценить, например, побочные эффекты прививки, если прививают испытуемых в обеих группах? Как определить, кому хуже, а кому лучше, кто еще может выносить боль, а для кого она уже невыносима, особенно если речь идет о крохотных детях? И как на основании такого рода данных можно сделать какой-либо обоснованный вывод? Или же в лучшем случае проводится такое сравнение: берутся дети, не получившие прививки (в подавляющем большинстве случаев – из-за сопутствующих болезней, то есть отбираются *больные* дети), и их сравнивают со *здоровыми* детьми, получившими прививку. Результатом такого эксперимента является заранее известный вывод в пользу прививок – привитые и соответствующей болезнью страдают меньше, и состояние здоровья в целом у них лучше[22]. Настоящее честное сравнение предполагает прежде всего рандомизацию, то есть разбиение всех испытуемых на две

группы *случайным образом.* Это позволило бы отсеять все *систематические* погрешности, связанные с неравноценностью сформированных вручную групп, и оставить только *случайные,* которые, в отличие от систематических, легко поддаются четкой оценке методами статистики и тем самым устраняют почву, благоприятную для получения вводящих в заблуждение результатов. В свое время оппоненты прививок несколько раз предлагали сравнить однородные группы *здоровых прививаемых* детей и *здоровых непрививаемых,* которые будут получать плацебо, однако сразу же поднимался страшный шум о «неэтичности» такого экспериментирования – как, мол, можно оставить большую группу здоровых детей без спасительных прививок в угоду какому-то эксперименту! Разумеется, за трогательной заботой о здоровье непривитых детей кроется вполне естественный страх честного сравнения, которое может оказаться далеко не в пользу прививок. Точно так же аллопаты в XIX в. постоянно уклонялись от предлагавшихся гомеопатами честных экспериментов по лечению тех или иных болезней, совершенно справедливо предполагая, что результаты такого сравнения наглядно покажут, кто прав в споре двух терапевтических направлений.

К медицинскому или медико-биологическому аспекту прививок мы будем возвращаться во всех главах этой книги, поскольку, с моей точки зрения, именно он, а не философские рассуждения о здоровье и болезни или царящая в прививочном царстве коррупция, более всего ставит под вопрос разумность вакцинации. Даже у тех родителей, кто благодаря многолетней пропаганде искренне верит в то, что натуральная оспа была искоренена прививками, вызывает большие сомнения необходимость бездумного перенесения опыта борьбы с таким тяжелым, а нередко и смертельным недугом, как натуральная оспа, на такие вполне безобидные детские болезни, как корь или свинка, не говоря уже о краснухе или ветрянке. Эти болезни оставляют стойкий, обычно пожизненный иммунитет, в то время как иммунитет прививочный довольно быстро исчезает, причем исчезает тем быстрее, чем реже встречается заболевание (об этом мы также будем говорить в дальнейшем), и, таким образом, болезнь отодвигается из детского возраста, когда она практически всегда безопасна, в подростковый и взрослый, когда ее последствия могут быть неизмеримо более серьезны. Вне чисто коммерческих интересов, неизменно

присутствующих во всем, связанном с прививками, логику такого «обмена» болезней в детском возрасте на болезни во взрослом возрасте понять невозможно, если вновь не вспомнить о концепции коллективного иммунитета. Почти всегда страдающие от осложнений детских инфекций – это дети с тяжелыми фоновыми заболеваниями иммунной системы; очень часто прививки им категорически противопоказаны. Именно они дают тот самый процент осложнений и даже смертей при заболеваниях, которым вакцинаторы любят запугивать родителей, не уточняя при этом, о каких именно детях идет речь. Массовое прививание призвано ликвидировать циркуляцию возбудителей болезней в человеческом коллективе и, таким образом, снизить для больных детей шанс инфицирования и последующих осложнений. Таким образом, здоровые дети должны подвергнуться риску дважды: сначала рискуя осложнениями от вакцинации (как немедленными, так и отсроченными, о которых мы пока что очень мало знаем), а потом болезнью в том возрасте, когда она неизмеримо опаснее. Вряд ли многие родители, будь они должным образом информированы, согласились бы рисковать здоровьем своих детей.

Производство вакцин и прививание являются разорительными статьями расходов бюджета на здравоохранение, и за все это платит, разумеется, налогоплательщик. Для иллюстрации: прививание *одних лишь школьников и только от гепатита В* в 1994 г. в провинции Онтарио потребовало 396 млн долларов, а во всей Канаде – свыше 1 млрд долларов, и это, заметим, лишь «чистая» цена вакцины, не включающая транспортировку, создание постоянной «холодовой цепи», проверку сероконверсии (выработки антител), ведение дел в судах о выплате компенсаций пострадавшим от прививок и сами компенсации[23]. Даже учитывая значительно меньшую стоимость вакцин в менее развитых странах, читатели могут представить себе размеры затрат на прививки. И это в то время, когда, например, в России далеко не везде медики располагают одноразовыми медицинскими инструментами, в больницах отсутствуют лекарства, для пациентов не находится постельного белья…[24]. За успокоительными разговорами о важности профилактики те деньги, которые могли быть вложены в *реальное* улучшение здравоохранения (в том числе и в лучшее лечение инфекционных больных), перекачиваются в карманы производителей и распространителей вакцин. В интервью «Российской

газете» 19 октября 2005 г. главный санитарный врач РФ Г. Онищенко заявил: «Профилактика… немыслима без вакцинопрофилактики – недаром столь схожи эти два понятия. Они связаны неразделъно… В нынешнем году *за счет средств субъектов РФ и других источников* были привиты против гриппа 17,9 млн/ человек. Внушительная цифра? Это *всего лишь* 11,5 процента от всего населения России… на иммунизацию в рамках национального календаря прививок в будущем году выделено 12,8 миллиарда рублей, а в 2007 году и того больше – 17,7 миллиарда рублей. *Никогда, никогда такого не было!* Поэтому можно смело планировать в ближайшие два года привить против гепатита В 25 миллионов, против краснухи – 15 миллионов, против гриппа – 44 миллиона человек. Это цифры из Национальной программы здоровья, предложенной президентом России. Вот такая перспектива. В такой ситуации *мы вправе требовать,* чтобы в России появилось наконец постоянное финансирование для бесперебойного и своевременного снабжения вакцинами против краснухи, вирусного гепатита В, кори, гриппа, полиомиелита учреждений здравоохранения… В цивилизованных странах бюджетные деньги направляются прежде всего на организацию первичной медико-санитарной помощи и на профилактику. Нужно совместными усилиями формировать в обществе культуру здоровья, повышать мотивацию к его сохранению. Лозунг ВОЗ «Предупредить – Защитить – Привить» актуальность свою не утратит и после недели иммунизации. Он должен быть всерьез и надолго» (выделено мной. – *А. К.*). За два года намечено истратить на прививки *больше миллиарда долларов* – и это *только из федерального бюджета.* А сколько еще придется на «средства субъектов федерации и другие источники», если лишь на недавнее привитие десятка тысяч человек от гепатита А в Санкт-Петербурге местными властями было выделено почти полмиллиона долларов?![25]

Прививание детей рождает не только проблему сдвигания болезни в неблагоприятный для больных старший возраст, но и другую, также очень важную. Привитые в детстве девочки лишаются возможности приобрести пожизненный иммунитет к инфекционным болезням и передать его своим будущим детям, поскольку прививочного иммунитета к фертильному возрасту очень часто не обнаруживается. Младенцы, не получающие материнские антитела, оказываются незащищенными перед болезнями, опасными в раннем младенческом

возрасте – том самом возрасте, в котором в доприививочную эру малыши были защищены. Единственным выходом, с точки зрения вакцинаторов, является беспрерывное снижение возраста прививаемых и сокращение количества противопоказаний *ad absurdum.*

Особый разговор должен идти о научном обосновании полезности прививок. И здесь имеются серьезные проблемы. Стремительное развитие иммунологии все более склоняет ученых к мысли о том, что иммунная система устроена гораздо сложнее, чем это предполагалось в те времена, когда в конце XIX – начале XX в. энтузиасты мастерили «на ура» все новые прививки от всех существующих болезней. Сейчас уже понятно, что антитела, выработку которых должны стимулировать вакцины, не только не единственный, но часто даже и не главный механизм защиты человека. Только отлаженная работа невероятно сложной системы, всех ее звеньев на всех уровнях, позволяет человеку оставаться здоровым или переносить болезни с минимальным для себя ущербом. В сборнике материалов по прививкам, подготовленном для родителей, д-р Шерри Тенпенни (США) пишет: «Краеугольным камнем прививочных успехов считается защита антителами, которые вырабатываются в ответ на введение вакцины. Во всех исследованиях, посвященных вакцинам, эффективность определяется выработкой антител. Если несколько вакцин вводятся одновременно, их комбинация считается эффективной, если антител вырабатывается по меньшей мере столько же, как в ответ на введение вакцин по отдельности. Но является ли выработка антител достаточным основанием для того, чтобы быть уверенным в защите от болезни? Даже специалисты этого не знают. Во время дискуссии по утверждению бесклеточной коклюшной вакцины член комитета заявил: «…Главная проблема в том, как соотносятся антитела и защита от болезни. Сегодня 2000 г., а мы не знаем, какие антитела защищают, не говоря уже – в каком точном количестве…». Другой член комитета пошел еще дальше, добавив: «Системы защиты [иммунной системы] неизвестны. Что происходит в ответ на проникновение инфекции – выработка антител или клеточный ответ, или включается какая-то память?». Совещательный комитет по иммунизационной практике сообщил то же самое в отношении коклюшной вакцины: «Изучение эффективности не обнаружило прямой корреляции между выработкой антител и защитой от коклюша»[26]. О том, что наличие антител, производство которых

является целью прививания, отнюдь не означает защиты от болезни, мы будем не раз говорить в дальнейшем.

Противоестественное парентеральное проникновение в организм сложного биокомплекса, в котором присутствуют тяжелые металлы (ртуть), цитотоксические яды (фенол), известные канцерогены (формальдегид), алюминий, загрязнители вакцин (например, микоплазмы или вирусы человека и животных), вызывает очень большие сомнения относительно безопасности такого мероприятия. Постоянный и противоестественный «иммунный стресс», повторяющиеся удары по развивающейся иммунной системе могут считаться совершенно безобидными лишь в пропагандистской прививочной литературе. Стремительно растущая заболеваемость детей различными аллергиями, не говоря уже об онкологических и аутоиммунных болезнях, – лучшее свидетельство того, как природа реагирует на бездумное и безответственное вмешательство человека в установленные ею законы. Вот что пишет, например, в своем письме в Российский Национальный комитет по биоэтике онкоиммунолог проф. В. В. Городилова: «Какими бы временными ни были формы иммунопатологии, все они сводятся к нарушению баланса Т-клеточных систем, приводя функционально и структурно к многочисленным расстройствам в здоровье ребенка. Запас лимфоцитов постепенно истощается, и организм оказывается беззащитным перед различными антропогенными факторами. Человек стареет раньше своего времени. Физиологическое, естественное старение – процесс постепенного затухания, увядания всех звеньев иммунной системы. Вакцины же ускоряют, подстегивают процесс «расходования» лимфоцитов, искусственно приводя организм человека к преждевременному старению, отсюда старческие болезни у молодежи. В онкологии основополагающим служит дисбаланс между скоростью иммунного ответа и опухолевым ростом. Нарастание онкозаболевания опережает скорость размножения реагирующих на него лимфоидных клеток, направленных, кроме того, на борьбу с непрестанно поступающими антигенами – вакцинами»[27]. С этой точкой зрения вполне согласна проф. Р. С. Аманджолова, в прошлом главный акушер-гинеколог Казахстана: «При каждой прививке – введении антигенов, минуя наружные барьеры – мы забрасываем в цитадель нашего организма троянского коня, многочисленные вражеские войска. Человек с

рождения не менее двадцати раз подвергается такому коварному нападению. При этом он переболевает, хотя и в ослабленной форме, заболеваниями, вызываемыми введенными вирусами и бактериями, большинством из которых в естественных условиях он никогда бы и не заразился. При столь изнурительной борьбе гибнут и собственные клетки крови. Организм быстро изнашивается, развивается дефицит ферментов… Вот почему ряд симптомов, свойственных старческому возрасту, к примеру, склерозирование тканей, онкологические заболевания развиваются рано. Они являются следствием дефицита антител и ферментов, характерного для пожилых людей. Подвергаемые постоянным нападкам изнутри, клетки иммунной системы сами становятся агрессорами. Они начинают уничтожать клетки собственного организма и даже ведут к развитию иммунодефицита – СПИДа».[28]

В своем докладе, прочитанном в марте 1976 г. на семинаре, финансированном Американским обществом по изучению рака (American Cancer Society), профессор вирусологии Роберт В. Симпсон заявил: «Программы прививок против гриппа, кори, свинки, полиомиелита и т. д. могут, на самом деле, засевать людей РНК (рибонуклеиновой кислотой. – *А. К*), формирующей скрытые провирусы в клетках организма. Эти скрытые провирусы могут играть роль в развитии таких болезней, как рассеянный склероз, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Паркинсона и, возможно, рак»[29]. На той же конференции с докладом, содержавшим аналогичные выводы, выступил вирусолог Венделл Д. Винтерс из госпиталя при университете Лос-Анджелеса.[30]

В российском руководстве по патофизиологии для студентов и аспирантов медвузов проф. Г. А. Игнатьева из Института иммунологии пишет: «…*Все* современные вакцинирующие препараты получают методами биотехнологии с использованием сывороток и клеток животных. У животных, как становится известно нам чем дальше, тем больше, есть чрезвычайно опасные для человека инфекции типа прионных и ретровирусных. Очистить вакцину от примесей, потенциально содержащих эти инфекции, принципиально невозможно (без потери собственно вакцинирующего антигена). Такое серьезное сопутствующее явление заставляет признать, что, вакцинируя население, медицина несознательно (?! – *А. К.*) нарушает основной

принцип – «не навреди». Выход – в разработке вакцинирующих препаратов без применения каких бы то ни было методов биотехнологий, возможно, методами чисто химического синтеза. Как знает любой врач, в настоящее время таких вакцин нет. Вторая проблема состоит в применении живых аттенуированных вирусных вакцин. В действии аттенуации (ослабление патогенных свойств лабораторными манипуляциями in vitro или на животных) скрыт еще один врачебный самообман. Дело в том, что, выпуская ранее аттенуированный живой микроорганизм в живые человеческие тела, мы не можем отменить и даже контролировать дальнейшую его эволюцию в сторону нарастания патогенности, его генетических рекомбинаций с другими микроорганизмами (а таких фактов много) с образованием новых форм жизни. Поэтому, как бы ни хорош был защитный эффект живых вакцин… применяя их, врач также не соблюдает заповедь «не навреди»[31].

Американский исследователь д-р Харрис Л. Култер написал целую книгу, в которой показал, что стремительно растущее число преступлений, совершаемых против личности, гиперактивность, неспособность к обучению из-за проблем с концентрацией внимания, дислексия и пр. могут иметь связь с так называемым постэнцефалитным синдромом – хроническим вялотекущим воспалением головного мозга, вызванным вакцинами, в первую очередь – против коклюша[32]. Им же в соавторстве с матерью ребенка, искалеченного прививкой, Барбарой Л. Фишер, нынешним директором американского Национального центра информации о прививках, была написана другая обстоятельная книга – о прививке DPT (АКДС). Авторы экстраполировали данные исследования (в котором принимали участие 6 тысяч детей), проведенного в госпитале Калифорнийского университета, и дали следующую приблизительную оценку числа несчастий, связанных с прививкой DPT: 13 000 случаев поражения нервной системы разной степени тяжести, от тяжелой умственной отсталости до сложностей в обучении (learning disabilities), и 3000 случаев младенческих смертей, списываемых властями на синдром внезапной детской смерти (СВДС) в США ежегодно[33]. Даже если считать это число завышенным (хотя сами авторы считают его *заниженным)* – все равно эта статистика ужасает.

Это всего лишь несколько примеров. На протяжении книги я буду неоднократно цитировать различных ученых и специалистов, открыто высказывающихся против некоторых прививок или вакцинаций в целом. Но их мнение игнорируется теми, кто имеет свои доходы от прививок, читай – власть имущими.

Даже если не говорить о бесчисленных поствакцинальных осложнениях и болезнях, становящихся возможными вследствие угнетения иммунной системы в т. н. поствакцинальном периоде, вызывает большие сомнения и польза прививок как процедуры, призванной снизить число серьезных детских заболеваний. Очень часто приходится слышать, что детские инфекционные болезни, возможно, безопасны при своем обычном течении, но могут быть опасны своими осложнениями – например, энцефалитами. Однако исследования показывают, что при снизившемся в последние годы количестве энцефалитов, связанных со свинкой, корью и краснухой, параллельно возросло число энцефалитов, связанных с хламидиями, вирусами простого герпеса, ветряной оспы и Эпштейна-Барр, энтеровирусами, респираторными вирусами и пр., так что общее число энцефалитов осталось неизменным, да и случаться они стали в более раннем возрасте[34]. Лишний раз подтверждается, что «природа не терпит пустоты»: общее число опасных болезней или осложнений, предотвратить которые призваны прививки, остается тем же самым, да еще дополнительно следует учесть осложнения как непосредственный результат самой процедуры прививания. Относительно энцефалитов интересен и другой факт. Когда нам рассказывают об энцефалитах как осложнениях детских инфекционных болезней, нам не сообщают, что до Первой мировой войны энцефалит как осложнение детских инфекционных болезней был едва ли не казусом. Однако в 1920-х годах, параллельно расширению прививочных программ, число энцефалитов стало резко увеличиваться. Сначала это связывали исключительно с вакциной против бешенства (на каждые 750 прививок от бешенства встречался один случай энцефалита, и смертность среди жертв этих случаев достигала 20 %), но вскоре выяснилось, что энцефалиты сопровождают и другие прививки. В 1922 г. впервые в истории была зарегистрирована вспышка энцефалита как следствие использования оспенной вакцины. Тогда же стали отмечаться случаи синдрома Гийена-Барре, нередко заканчивавшиеся смертью привитых.

С ростом прививочной аллергизации населения энцефалиты встречались все чаще и чаще. И вот уже сегодня угроза энцефалитов как осложнения детских инфекций, в первую очередь коклюша, – основной аргумент для активного навязывания прививочных программ![35] Это лишь один из многочисленных примеров, когда прививки не только не решают никаких проблем, но и создают новые, при этом очень опасные, с непредсказуемыми последствиями. Другой пример. Российский авторский коллектив сообщает, что в последнее время растет количество зарегистрированных случаев идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) как осложнения обычных детских инфекций: «…Среди заболеваний, приводящих к развитию ИТП, на первое место выходит краснуха и в настоящее время (собственные исследования) составляет 62,5 % от всех детских инфекций… В период с 1985 по 1988 г. частота встречаемости ИТП, индуцированных краснухой, составляла 1–2 ребенка на 150 больных ИТП в год, а в 2001–2002 гг. таких пациентов было 10–13 на 150 больных в год. Особенно тревожен тот факт, что у детей хронизация ИТП, вызванной вирусом краснухи, по нашим данным, составляет 56,3 %…»[36]. А поскольку краснуха стала представлять опасность, то «актуальными являются профилактические мероприятия, направленные на борьбу с краснухой и ее осложнениями. Важная роль среди этих мер отводится иммунизации детей против краснухи. Однако, по нашим наблюдениям и данным литературы… вакцино-индуцированная ИТП у детей также имеет место, хотя, бесспорно, встречается значительно реже, чем ИТП, вызванная самой инфекцией. Несмотря на это, ИТП, возникшая после иммунизации против краснухи, протекает с выраженной клинической картиной, часто сопровождается различными, в том числе и угрожающими жизни, кровотечениями… Впервые описание острой ИТП у ребенка, возникшей после вакцинации против краснухи, появилось в иностранной печати в 1990 г… У 3-летнего мальчика ИТП развилась на 22-й день вакцинации, сопровождалась выраженной тромбоцитопенией, тогда как число мегакариоцитов в костном мозге оставалось нормальным, в крови определялись аутоАТ к тромбоцитам. Эта находка позволила сделать предположение об аутоиммунном характере ИТП. С этого момента стали регистрироваться случаи развития ИТП после вакцинации против краснухи и в других странах»[37]. До массовых

прививок о таком осложнении краснухи, как пурпура, почти что ничего не было известно. Но вот появляются прививки, запускающие аутоиммунные процессы, прививок становится все больше и больше, и некогда безобидные детские инфекции сегодня осложняются опасными болезнями. Соответственно, детей от ставших опасными детских инфекций теперь по господствующей медицинской логике требуется защищать прививками, которые в свою очередь влекут за собою новые осложнения… Как разорвать этот заколдованный круг?

Тревогу вызывает и постоянное появление новых и при этом крайне опасных инфекционных болезней, что некоторые исследователи связывают с вытеснением прививками вполне доброкачественных и привычных человечеству недугов, а также возвращение старых. Российский авторский коллектив пишет: «Приходится констатировать, что совместными усилиями человечеству в XX в. удалось ликвидировать только одну инфекцию – натуральную оспу и получить 36 новых инфекций. Это, безусловно, неутешительная статистика»[38]. Не менее неутешительны итоги более чем полувековой борьбы не на жизнь, а на смерть с инфекционными болезнями в СССР – России, подводимые в недавней статье замминистра здравоохранения РФ и начальника Управления медицинских проблем материнства и детства МЗ РФ: «1) Повсеместно активизировались туберкулез, малярия, отмечается подъем заболеваемости холерой, дифтерией, корью, коклюшем и другими «управляемыми» инфекциями, против которых есть средства специфической профилактики, в связи с этим появилось понятие и вновь возникших «старых инфекций». 2) Выявлено более 30 новых нозологических форм инфекционных заболеваний, в связи с чем введено понятие «новые инфекции». 3) Растет устойчивость возбудителей инфекционных болезней к антибиотикам. Это в ряде случаев ставит под сомнение все (?! – *А. К.*) достижения здравоохранения в профилактике и лечении инфекционных болезней. Стало очевидным, что оптимистические представления о возможности ликвидации инфекционных заболеваний оказались несостоятельными. От ложного осознания всемогущества человека пришлось прийти к признанию того факта, что с проблемами инфекционной заболеваемости предстоит иметь дело весь период существования человечества»[39]. Однако, как говорится, важен не результат, важен процесс. А процесс перманентной борьбы то с одной болезнью, то с

другой неизменно приносит вакцинаторам желанные доходы, научные степени и уважаемую занятость, даже если в итоге все оказывается полным пшиком. Прививочные утопии под стать другим глобальным инициативам некоторых кормленщиков от науки, эпидемиологов и инфекционистов. «В 1959 г. коллегия Минздрава СССР сочла, что в отношении 10 инфекций «имеются предпосылки для полной ликвидации эпидемической формы, т. е. снижения заболеваемости до спорадических случаев» на протяжении 1959–1965 гг. Здесь смешалось все – и полная ликвидация, и ликвидация эпидемической формы, и сведение заболеваемости до спорадических случаев. За 7 лет предполагалось ликвидировать малярию, дифтерию, брюшной и сыпной тиф, сифилис, трахому, бешенство, фавус, анкилострмоз и тениаринхоз. Ни одна из этих инфекций не только к 1965 г., но и поныне не ликвидирована в нашей стране…»[40]. Разумеется, и в 1959 г. были, и сегодня есть честные ученые, которые могут заявить о полной несостоятельности и абсурдности подобных диких попыток «ликвидации», в самом лучшем случае приводящих к гигантским и ничем не оправданным материальным потерям. Но голос этих ученых не слышен. Зато постоянно на слуху адвокаты прививок, которым охотно предоставляют трибуну СМИ.

Перейдем теперь к этическим аспектам прививок. Многие родители были бы возмущены, узнав, что вакцины традиционно испытываются на самых беззащитных и обездоленных – детях из приютов или детях из беднейших слоев населения, а также на военнослужащих. Были случаи, когда уже показавшие себя опасными вакцины (например, коревая при ее массовом использовании в Англии) преспокойно передавались в развивающиеся страны – не пропадать же добру! – где продолжали калечить детей. Ряд современных вакцин (например, от краснухи, ветряной оспы и гепатита А) готовится на клеточных линиях, начало которым дали клетки от абортированных плодов, но родителям не сообщают об этом, иначе религиозные убеждения не позволили бы многим дать согласие на прививку такими вакцинами своим детям или себе.

Очень существенной этической проблемой является дилемма, которая встает перед врачом, работающим в государственной системе. Многие медики, будучи неплохо осведомлены о несомненном вреде и об очень сомнительной пользе прививок, не прививаются сами и не

прививают своих детей. Однако, будучи наемными работниками государства, они должны выполнять предъявляемые к ним требования – добиваться максимального прививания ради коллективного иммунитета, то есть делать то, что противоречит их собственным убеждениям. Такая ситуация не укладывается не только в какие-то специфические медицинские, но и в элементарные общечеловеческие нормы морали, суть которых очень точно сформулировал мудрец ра-би Гилель, в ответ на вопрос о том, можно ли уложить весь смысл Библии в одну фразу, сказавший: «Не делай другому то, чего не желаешь себе». Для продвижения вакцин на рынке и для достижения необходимого «охвата» применяются самые отвратительные и недостойные методы, в первую очередь запугивание родителей. В начале XX в. известный русский педиатр Нил Филатов писал: «Если посмотреть, как наше общество относится к опасностям заразить своих детей инфекционными болезнями, то, к сожалению, нередко можем заметить проявления… панического страха в более или менее резкой форме… А ведь эта постоянная мысль и забота, как избежать возможности заразить себя и детей, ведет к непрестанному напряжению нервов, к волнениям, к постоянному ограничению свободы детей и в пользовании прогулками, воздухом, и в диете…»[41]. Большинство из реально существовавших тогда опасных болезней (например, натуральная оспа, брюшной тиф, холера) для нынешних родителей скорее относится к области преданий, но спокойной жизни им все равно нет: вакцинаторы продолжают усердно раздувать родительские страхи и перед такими болезнями, которые раньше никто и не помышлял назвать серьезными, – свинкой, корью, ветряной оспой, не говоря уже о краснухе. Родителей терроризируют постоянными звонками из детских поликлиник с требованием прийти и сделать прививку, непривитых детей отказываются принимать в детсады и школы.

Еще один аспект массовых прививок – это властвующая в мире прививок разнузданная коррупция, которая в «политически корректной» англоязычной печати называется «конфликт интересов». Уникальность прививочной процедуры в ее *массовости.* Даже самая распространенная болезнь все-таки ограничена числом болеющих ею. Такого ограничения для прививок нет, поскольку они делаются всем здоровым, часто относительно здоровым, а теперь уже и больным.

Кроме того, опасность распространения инфекции требует надзора государственного аппарата; соответственно, профилактика начинает уже рассматриваться как общегосударственная задача[42]. Неизбежно возникает совпадение интересов производителей вакцин и государственных чиновников различного ранга, в том числе и от медицины – различных «эпидемиологов» и «специалистов по детским инфекционным болезням». Далеко за примерами ходить не надо. Учредитель официального органа российской Ассоциации педиатров-инфекционистов, шикарного глянцевого журнала «Детские инфекции», главным редактором которого является главный детский инфекционист Минздрава РФ акад. В. Ф. Учайкин, чьи прививочные труды мне не раз придется цитировать на протяжении книги, – частная коммерческая компания ООО «Диагностика и вакцины», во главе которой стоит… сам же В. Ф. Учайкин. Директор по рекламе – сотрудница кафедры детских инфекционных болезней РГМУ и одновременно сотрудница все той же частной компании проф. О. В. Шамшева. Среди авторов статей и членов редколлегии профильного журнала – люди, торгующие вакцинами под крышей частной компании. И, похоже, этичность существования подобных симбиозов никого не смущает. Следует ли удивляться, что журнал активно рекламирует и продвигает на российский рынок все новые вакцины, а Ассоциация педиатров-инфекционистов резолюциями своих ежегодных конгрессов требует все новых и новых прививок[43]? Или таким «научным прогнозам» В. Ф. Учайкина: «В недалеком будущем в календаре профилактических прививок ожидается около 35 нозологических форм, профилактируемых вакцинами… Есть все основания полагать, что на пути массовой вакцинопрофилактики удастся улучшить здоровье и пролонгировать жизнь человека в среднем до 100 лет»[44]? В самом ли деле нуждается население в *таком* «профилактировании» и «пролонгировании», на радость тороватым на прививочные посулы вакцинаторам? Вряд ли удивит читателей и тот факт, что проф. Учайкин был именно в той подгруппе экспертно-рабочей группы комитета здравоохранения Государственной Думы, работавшей над проектом закона о прививках в РФ, которая «настаивала на утверждении в Законе статей: об обязательности и непременной плановости прививок, непринятии непривитых детей ни в одно организованное учреждение, а также о запрете выплаты денег по листку нетрудоспособности в

случаях, когда непривитой заболеет инфекционной болезнью, «управляемой прививкой»[45].

А как читателям понравится другой творческий союз – между российскими профессиональными медицинскими ассоциациями (Российское общество эпидемиологов, микробиологов и паразитологов им. И. И. Мечникова (РОЭМП) и Союз педиатров России) и производителями вакцин (фонд «Мерье-Мечников» и французская фирма «Пастер Мерье Коннот»), плодом которого является выходящий раз в два месяца бюллетень «Вакцинация»? Как сообщается на веб-странице последнего в Интернете, «в России бесплатно бумажную версию получают все руководители региональных отделений РОЭМП, Союза педиатров, главные врачи центров санэпиднадзора и руководители комитетов здравоохранения субъектов РФ, специалисты Минздрава РФ, руководители профильных комитетов Госдумы и Совета Федерации, члены президиума и академики-секретари Российской академии медицинских наук». Даже «руководителей профильных комитетов Госдумы и Совета Федерации» не забыли. Точно ведь вакцинаторы знают, по каким адресам надо «распространять научную, научно-практическую, организационную и правовую информацию по вопросам вакцинопрофилактики», что объявлено целью издания! Регулярно получая бодрые наукообразные публикации об очередных победах на прививочных фронтах, иные не слишком образованные руководители и в самом деле верят, что успех в противостоянии инфекционным болезням зависит исключительно от количества получаемых населением прививок…

Не нами замечено, что любое совпадение интересов коммерческих фирм и медиков, состоящих на государственной службе, рано или поздно неизбежно выливается во взятки (прямые или опосредованные научными грантами, стипендиями, ценными подарками, приглашениями на «конференции» на известных курортах), протекционизм на всех уровнях и борьбу с прививочным инакомыслием, угрожающим доходам разработчиков, производителей и распространителей вакцин[46]. Показательно, что за исключением прививки от натуральной оспы (см. главу о натуральной оспе) практически ни одна вакцина, однажды попав в прививочный календарь, его не покинула (несколько вакцин, например, в Швеции и Японии не использовались несколько лет, но потом возвращались в

календарь опять, в модифицированном варианте), вне зависимости от того, какова эпидемиологическая обстановка, – ставятся задачи сначала снизить заболеваемость, потом ликвидировать болезнь, а потом поддерживать иммунитет в отсутствие естественного возбудителя (об этом речь будет идти, например, в главе о кори – ликвидировав в Финляндии корь, там теперь боятся ее завоза извне или… ее использования в качестве биологического оружия!). Получается, что как только появляется некая прививка, она фактически приходит *навсегда.* Список прививок растет, и соответственно ему растут доходы производителей и распространителей вакцин, прививочных «экспертов» и прочей кормящейся вокруг вакцин публики. Здоровья у детей все меньше, тяжелых болезней, встречающихся во всех возрастах, – все больше[47], причем и таких, которые раньше встречались исключительно редко, если не сказать – были просто казуистичными (например, аутоиммунные заболевания), но практически никто не стремится изучать связь прививок с ними (во всяком случае, «специалисты в вакцинологии» – последние, кто выказывает такой интерес). Неуклонный рост астмы и тяжелейших аллергий ужасает. Автор сравнительно недавней статьи в специализированном российском медицинском журнале сообщает, что заболеваемость бронхиальной астмой у российских детей от 0 до 14 лет выросла с 564,8 на 100 000 детей в 1992 г. до 937,8 в 2001 г., а у подростков (15–17 лет) – с 693,0 в 1997 г. до 1067,4 в 2001 г. При этом у каждого 10-го ребенка заболевание протекает в тяжелой форме. Причины? «Изменение условий жизни совпало с увеличением заболеваемости бронхиальной астмой. Так, плохие жилищные условия, гиподинамия и повышенная масса тела, недостаточное пребывание на свежем воздухе, применение современных изделий для отделки жилых помещений ведут к увеличению времени воздействия бытовых и других аллергенов на организм ребенка»[48]. Неужели жилищные условия сто и более лет назад были лучше нынешних? А недостаточное пребывание на свежем воздухе – более серьезный фактор риска для бронхиальной астмы, чем бесконечные прививки с набором доказанно аллергизирующих веществ, вводимых парентерально? В передовице другого номера того же журнала в том же самом году читателей информируют, что «по данным эпидемиологических исследований, проведенных у нас и за рубежом, аллергическими заболеваниями

страдает до 25 % детского населения, при этом наиболее часто регистрируются такие аллергические болезни, как атопический дерматит, аллергический ринит, бронхиальная астма, крапивница. Выявляемые у детей аллергические заболевания в большинстве случаев являются атопическими по своей природе. Атопические болезни принадлежат к группе мультифакторных заболеваний, развитие которых определяется воздействием генетических и средовых эффектов… Начало заболевания атопическим дерматитом в 57 % случаев приходится на первый год жизни»[49] (т. е. тогда, когда ребенок, родители которого следуют прививочному календарю, получает вакцины от 9 болезней). Среди умных и модных, вполне в духе современной науки, рассуждений о пищевой сенсибилизации и ингаляционных аллергенах (домашняя пыль, домашние животные, грибы, тараканы, клещи, пыльца растений и пр.) и не менее умных советов, особенно по поводу «тщательных противоклещевых мероприятий», включая «содержание матрасов в специальных защитных чехлах», автор ни полсловом не обмолвился о прививках. А где же прятались тараканы и клещи, где обретались грибы и пыльца растений до начала программ массовых прививок? Я еще раз процитирую письмо проф. Городиловой: «Иммунная система не выдерживает "планового натиска", она ломается, функции ее извращаются, она "сбивается с курса", предписанного природой, человек становится более уязвимым к простуде, аллергенам, онкозаболеваниям… Растет аллергия среди малышей – есть ли теперь такие дети, которые бы не страдали аллергическими заболеваниями?! Общеизвестно, что в первое полугодие дети страдают желудочно-кишечной дистрофией и изменениями на коже, вызываемыми пищевыми аллергенами разной этиологии. Со второго полугодия присоединяются симптомы со стороны дыхательных путей – астматические бронхиты (кстати, одно из осложнений на АКДС, АДС-М, АДС). Ну а к 3–4 годам начинают проявляться клинические симптомы сенсибилизации пыльцой и т. д., и т. д. – по этим проблемам публикации неисчислимы»[50].

Необходимо учитывать, что прививки являются великолепной питательной средой, на которой растут «научные исследования» уровня, на котором их выполнение доступно даже ученику младших классов: берется экспериментальная вакцина и вводится группе детей

или солдат, затем измеряются появившиеся антитела – готова публикация или диссертация[51].

Противоестественное слияние частных интересов и государственной власти угрожает не только противникам прививок, но и самым что ни на есть законопослушным гражданам, охотно идущим на прививки, поскольку при фантастических доходах лишь признание самого факта осложнений вакцинации становится крайне нежелательным, как поселяющее сомнения в безопасности этой процедуры. Не имеет при этом значения, гарантирована или нет компенсация за нанесенный прививками ущерб – система должна обеспечить свои доходы и в будущем, а они впрямую зависят от степени общественного доверия к самой процедуре прививания[52].

Хорошим примером может служить история американской программы компенсаций пострадавшим от прививок. Разработать и ввести в действие эту программу обязаны были чиновники Департамента здравоохранения и сферы услуг (Department of Health and Human Services) согласно Закону о пострадавших от детских прививок, принятому конгрессом США в 1986 г., после пяти лет обсуждений. Закон предусматривал, что программа позволит пострадавшим от прививок (или их родственникам или опекунам)) получать компенсацию без многолетних юридических боев с производителями вакцин. Предполагалось, что, с одной стороны, такой механизм позволит получать компенсацию пострадавшим от прививок, пожертвовавшим своим здоровьем на благо всего общества, без обращения в суд, а с другой – защитит интересы производителей вакцин (чтобы те не были разорены исками). Для первоначальных выплат конгресс ассигновал 600 млн долларов, а затем программа должна была финансироваться из небольших надбавок на цену каждой вакцины. Любой, считающий, что его здоровью или здоровью его ребенка был нанесен вред прививкой, имел право подать иск чиновникам программы; те обязаны были ознакомить с материалом независимого эксперта. К закону прилагались специальные таблицы, детализирующие, сколько и за какой ущерб следовало платить и что следовало признавать связью прививки и заболевания. Задумано все это было неплохо, но когда дело дошло до чиновников, получилось как всегда. При том, что закон был принят в 1986 г., первое заседание неторопливого совещательного комитета Департамента

здравоохранения состоялось лишь в июне 1988 г., а программа была запущена в ход в 1989 г. Затем чиновники приступили к систематическому выхолащиванию закона. Хотя целью последнего была быстрая и гарантированная (non-default) компенсация пострадавшим, чиновники Департамента повели настоящую войну на истощение против истцов, затягивая рассмотрение исков на долгие годы (в ряде случаев – до десяти лет). Таблицы немедленно начали «корректировать» в сторону уменьшения количества безусловных указаний на связь прививок и болезней, так что истцам становилось все труднее доказывать свое право на положенную по закону компенсацию. Начали сокращаться выплаты на юридическое представительство истца (которые, согласно тому же закону, также должен был обеспечивать Департамент здравоохранения), что привело к утрате истцами возможности обращаться к квалифицированным адвокатам и экспертам. Но это еще не все. Вместо того чтобы к рассмотрению исков привлекать, как повелевал закон, независимых экспертов, Департамент здравоохранения стал приглашать своих собственных карманных «экспертов», которые, понятно, никогда и ни при каких обстоятельствах не усматривали связи прививок и последовавшей болезни или смерти, все списывая на «совпадения». Хотя конгрессмены предполагали, что подавляющее большинство исков будет находить удовлетворение на уровне независимого эксперта и лишь в исключительных случаях потребуется разбирательство на более высоком уровне, в действительности все получилось с точностью до наоборот – лишь в исключительных случаях компенсацию удается получить на этапе рассмотрения вопроса экспертом; почти все без исключения иски следуют по инстанции дальше, и тяжбы длятся годами, изматывая пострадавших от прививок или их родственников морально и материально. Закон стал легкой добычей заинтересованной стороны, гарантируя неприкосновенность прививочному бизнесу, но реально почти ничем не помогая его жертвам[53]!

Здесь необходимо также отметить, что с многих точек зрения смерть серьезно пострадавшего от прививки намного выгоднее вакцинаторам, чем его инвалидность. Во-первых, всегда есть шанс списать смерть на какую-нибудь «случайность», вроде синдрома внезапной детской смерти (СВДС) и вообще избежать выплаты компенсации. Во-вторых, даже в случае доказанной смерти от прививки

родственники жертвы получают сумму около четверти миллиона долларов (в России, согласно Закону об иммунопрофилактике инфекционных болезней, 300 минимальных размеров оплаты труда, что в момент издания настоящей книги равнялось примерно 6250 долларам США) и на этом вопрос считается вполне исчерпанным. Однако если речь идет о необратимом поражении нервной системы, то сумма компенсационных выплат может достигать многих миллионов долларов, которые пойдут на уход за несчастным ребенком. Соответственно, затягивание признания связи прививки и наступившей болезни преследует своей целью и просто дождаться смерти пострадавшего, чтобы платить намного меньше. Я уже не говорю о том, что об умершем все, кроме его родственников, скоро забудут, а инвалид будет еще долгие годы живым свидетельством «эффективности и безопасности» вакцинации, наводя других родителей на «неправильные» мысли относительно того, стоит ли им подвергать своих детей такому риску.

Свою долю в прививочном бизнесе имеют не только производители и высшие чиновники от медицины, но и рядовые врачи. Так, британские доктора получают вполне ощутимую премию при «охвате» в 70 % доступного для прививок контингента и еще более ощутимую денежную прибавку при «охвате» в 90 %[54]. И наоборот – в свете недавних массовых отказов британских родителей от прививки MMR из-за ее предполагаемой связи с аутизмом и поведенческими нарушениями Министерство здравоохранения Англии планирует «бить по карману» тех врачей, которым не удается убедить родителей в необходимости этой прививки своим детям[55]. В Новой Зеландии Министерство здравоохранения через суд планировало расправляться с акушерками, предупреждающими будущих матерей об опасности прививок[56]. Поощрение за «охват» существует и в России. Так, главный государственный санитарный врач России в 1993 г. постановил «вести экономическое стимулирование медицинских работников за своевременное проведение и достижение высокого уровня охвата профилактическими прививками»[57]. Без тени стыда коллектив российских прививателей пишет: «Для решения задачи 95 % охвата профилактическими прививками против полиомиелита детей в возрасте до 3 лет во всех регионах России… *значительно сокращен перечень медицинских противопоказаний.* В ряде субъектов Российской

Федерации *успешно применяются меры экономического стимулирования медицинских работников за своевременное и полное проведение иммунизации…»* (выделено мной. – *А. К.*)[58]. И наоборот: «…Все мы знаем, как наше начальство обычно ругает врачей, у которых многие дети не привиты. Их обвиняют и в равнодушии, и в неумении уговорить мать, и в других недостатках. Зачастую такого врача ругают на общих собраниях в присутствии медсестер и других врачей. И доктор, естественно, избегает подобной ситуации, тем более что о случаях тяжелых осложнений он ничего не знает»[59].

Это «ничего не знает» приводит нас к еще одному важному аспекту проблемы. Доктора, назначающие прививки, ничего не знают об осложнениях не потому, разумеется, что их нет, а потому что с докторов снята вся ответственность, и последствиями осложнений занимаются совершенно другие люди – например, реаниматологи, врачи приемных отделений больниц или врачи, работающие в учреждениях для детей-инвалидов, врачи экспертных комиссий по установлению инвалидности, специалисты по реабилитации, работники социальных служб. Друг с другом они практически не сталкиваются, и правая рука не знает, что творит левая. Каждый выполняет ту работу, за которую ему платит деньги государство. Все звенья системы – производитель, врач, прививающий детей, врачи служб скорой помощи и пр. продуманно разрознены, так что никто не имеет представления об истинном масштабе зла[60]. В США, например, врачи-педиатры по закону вообще не имеют никакого отношения к последствиям рекомендуемой (или, точнее, навязываемой) ими процедуры. Всеми прививочными осложнениями занимаются упоминавшиеся выше чиновники программы компенсаций пострадавшим от прививок.

Вернемся к премированию врачей за успешный «охват». Политика финансового поощрения – не за *высокое качество медицинской помощи,* а за *количество проведенных процедур* – чаще всего противоречит интересам конкретного индивида, поскольку ради денег (и, соответственно, в угоду теории коллективного иммунитета) стараются добиться невыполнимых цифр «охвата», закрывая при этом глаза на противопоказания и низкое качество вакцин. Эта абсурдная практика противоречит и классическому общемедицинскому принципу, согласно которому врач должен быть заинтересован – как морально, так и материально – в *здоровье* доверившегося ему пациента, а не в

количестве мероприятий, полезность которых определяется людьми, далекими от реального пациента и имеющими в этих мероприятиях свои собственные финансовые интересы. Кроме того, вакцинация одних ради блага других, при этом откровенно в ущерб вакцинируемым (например, уже упоминавшаяся прививка против краснухи), противоречит основополагающему принципу клятвы Гиппократа, на которой, в сущности, построен весь морально-этический кодекс медицины, а именно – *интересы своего пациента превыше всего.* Поскольку принятый закон о свободе выбора в прививочном вопросе в России чаще всего не работает, а родителей и врачей, знающих не понаслышке о неэффективности и вреде прививок, становится все больше, то находится и выход – взятка, за которую врач оформляет документы о проведенных вакцинациях. Так одна коррупция рождает другую, и вовлеченным в эту бесконечную игру в «прививочную защиту от болезней» оказывается все общество, лишний раз убеждающееся в том, что все решают только деньги и личные связи, но отнюдь не закон.

Тем не менее, и работающий в полную силу закон не в состоянии решить даже существенную часть из описанных в этой главе проблем. Дело не в законе, не в технологических ошибках в процессе производства вакцин, не в алчности их производителей и распространителей, и даже не в зашоренности медиков и населения, которым уже добрые две сотни лет промывают мозги мифами о «безопасных и эффективных» прививках. Порочна, противоестественна сама концепция массовой профилактической вакцинации. Именно это я и стараюсь показать в своей работе. Если настоящая книга заставит читателя серьезно задуматься о происходящем в современной медицине и подтолкнет его к поиску естественных путей сохранения и укрепления здоровья, то я буду считать взятую на себя задачу выполненной.

Поствакцинальные осложнения

Даже после исключения, казалось бы, всех причин, кроме вакцинации, во многих случаях остаются сомнения в причинной связи осложнения с прививкой.

Бектемиров Т. А. «Современные подходы к изучению поствакцинальных реакций и осложнений» («Вакцинация», 2000, июль-август)[61].

Незадолго до того, как я начал работать над вторым изданием «Беспощадной иммунизации», новозеландская журналистка Хилари Батлер прислала мне рукопись своей новой книги. Один фрагмент из биографии Хилари навел меня на мысль написать отдельную главу о поствакцинальных осложнениях. Речь шла о событиях, последовавших вслед за публикацией статьи Кирстен Ворнер «Что опаснее: прививки или болезни?» в «Нью Зилэнд Геральд» 1 февраля 1986 г. Для своей статьи автор использовала доклад «Иммунизация: другое мнение» Батлер, прочитанный последней на собрании «Ассоциации за домашние роды» в Гамильтоне 2 ноября 1985 г. «Внезапно наш телефон стал беспрерывно звонить. Казалось, что родители, которые столкнулись с прививочными проблемами, внезапно заполонили Новую Зеландию. Звонившие родители думали, что они были единственными, чьи дети пострадали от прививок. Самым интригующим было то, что всем им медики заявляли, что проблемы были чистым совпадением и никакой связи с прививками не имели. При этом те врачи, что были немного образованнее, сообщали родителям, что серьезные реакции на прививки составляют «одну на миллион» с подтекстом, что такова плата, которую нужно уплатить, чтобы защитить общество. Принимая во внимание численность населения страны, в любом случае получалось, что они – единственные, кому так не повезло. Один педиатр в течение трех лет успел поставить в известность четыре пары родителей (две из них мне знакомы), что их дети были «единственными на миллион». В то время население страны не превышало 4 миллиона

человек. Когда эти родители наконец встретились и поделились друг с другом своим опытом, они не удивились. Родители, принявшие такие объяснения медиков, замолчавшие и продолжившие жить так, как жили, были удобны для медицинской профессии. Большинство верили, что их любимые дети на самом деле были единственные, с кем это случилось, и считали, что никакого выбора не было. Скорее всего, они даже не знали о возможности подать иск в страховую корпорацию. Об этом доктора им не говорили. Но оказалось, что никто из родителей не забыл, как их дети отреагировали на прививки. Статья открыла ящик Пандоры. Поскольку большинство новозеландцев не читали газету, можно только догадываться, сколько же на самом деле было родителей, которые могли бы рассказать подобные истории».

Это наблюдение, сделанное около двадцати лет назад в далекой и вполне благополучной стране, ежедневно подтверждается повсюду, где родители пытаются выяснить, что случилось с их ребенком после прививки. В ответ они неизменно слышат либо что никакой связи прививки и последовавшей за ней болезни ребенка нет, речь идет всего лишь о совпадении, либо что наблюдающееся осложнение на прививку – это такая редкость, о которой нет смысла даже говорить, от судьбы-де не уйдешь. В то же время любая интернетовская дискуссия или даже самая скромная попытка журналистского расследования неизменно обнаруживают десятки случаев поствакцинальных осложнений, нередко достаточно серьезных, при этом в сравнительно небольшой группе людей, в кругу родственников, ближайших знакомых и друзей. Достаточно поговорить с родителями детей, страдающих от эпилепсии, умственной отсталости или аутизма, или со специалистами по реабилитации, чтобы убедиться, что прививкам принадлежит если не ведущая, то во всяком случае далеко не последняя роль в развитии этих болезней. Очень многие родители совершенно четко разделяют состояние здоровья своих детей *до* и *после* прививок. Принимая во внимание размеры России и масштабность прививочного «охвата», даже по самым скромным подсчетам должны получиться десятки тысяч осложнений средней и легкой степени тяжести, и многие сотни, а скорее всего и тысячи – тяжелых. Каким же образом выходит так, что статистика, публикуемая на сайте Российского федерального центра Госсанэпиднадзора, информирует нас *о нескольких сотнях* случаев

осложнений в год *всего?* Именно с этим вопросом я хотел бы разобраться в этой главе.

Поствакцинальные осложнения неизменно сопровождают прививки с момента появления тех в медицинской практике. Из главы «Натуральная оспа: с чего все начиналось» читатели узнают о жертвах экспериментов Дженнера с гноем, полученным из язв на коровьем вымени и на лошадиной бабке, а также о тех усилиях, которые предпринимал основатель прививания, дабы неприятные факты осложнений от изобретенных им прививок не стали достоянием общественности. Его последователи также старались сделать все возможное и невозможное для сокрытия последствий вакцинаций. Директора сети институтов Пастера десятилетиями отрицали факты осложнений и смертей от антирабической вакцины, прививками которой они пытались предотвратить развитие бешенства. В предыдущей главе я уже указывал, что массовость «охвата», от которого зависит благосостояние вакцинаторов, зависит, в свою очередь, от степени общественного доверия к прививкам, и даже одна смерть от вакцинации, о которой узнает широкая публика, располагающая законным правом на отказ, может подорвать доходность прививочных кампаний. Кроме того, рассуждения об экономической эффективности прививок предполагают, что осложнений должно быть *очень мало* и они *не должны быть серьезными.* Признание сотен и тысяч случаев смертей и инвалидностеи следствием прививок должно неминуемо повлечь за собой выплату компенсаций из социальных фондов. Если к огромным затратам на прививки добавятся еще и весьма чувствительные компенсации семьям умерших, выплаты за инвалидность (не так уж редко пожизненную) и на пособия по уходу за заболевшим привитым, то власти рано или поздно не смогут оставить это без внимания. Поэтому сокрытие осложнений важно не только с политико-пропагандистской, но и с чисто экономической точки зрения[62]. Российские мастера прививочного дела любят переписывать друг у друга следующее парадное заявление ВОЗ: «Выявление поствакцинальных осложнений с последующим их расследованием и принятыми мерами повышает восприятие иммунизации обществом и улучшает медицинское обслуживание. Это, в первую очередь, увеличивает охват населения иммунизацией, что приводит к снижению заболеваемости. Даже если причина неблагоприятного события не

может быть установлена или оно было вызвано вакциной, сам факт расследования случая медицинскими работниками повышает доверие общества к прививкам»[63]. Звучит это красиво, но к реальности никакого отношения не имеет. Никогда и ни в одной из стран мира за «охват населения иммунизацией» вакцинаторы не боролись посредством активного выявления и расследования поствакцинальных осложнений. Правильным будет сказать, что все делается как раз наоборот – все, так или иначе связанные с прививками, прилагают максимум усилий, чтобы осложнение не было признано вообще. В другом, менее парадном и куда более приближенном к жизни заявлении прививочные специалисты из ВОЗовской Панамериканской рабочей группы по безопасности иммунизации отдела вакцин и иммунизации (Working Group on Immunization Safety, Division of Vaccines and Immunization) объясняют медицинским чиновникам на местах, как на самом деле требуется себя вести, чтобы прививок не стало меньше. И самое главное, что необходимо предпринять, это следующее: «Как только будет выявлена РПСВИ (реакция, предположительно связанная с вакцинацией или иммунизацией. – *А. К),* медицинский работник должен информировать родителей или опекунов ребенка о безопасности иммунизации, убедить их в этом и объяснить им, что данная реакция, может быть, просто совпала по времени с вакциной, но причинно с нею не связана»[64]. Вот вам и «выявление поствакцинальных осложнений с последующим их расследованием»!

За двести лет существования прививок вакцинаторы разработали целую систему, позволяющую «научно обосновывать» отсутствие связи между прививками и болезнями и уходить от ответственности. Разберем основные приемы.

В первую очередь, это терминологические хитрости. Вот что пишет Т. А. Бектемиров из ГНИИСКа им. Л. Тарасевича: «Различия между постпрививочными реакциями и поствакцинальными осложнениями весьма условны, и наметить четкую грань между ними довольно трудно. Поэтому оба типа реакций объединяют термином побочные реакции»[65]. Такое расширительное толкование можно было бы только приветствовать (в самом деле, что бы ни последовало за прививкой, все будет честно считаться побочной реакцией), однако трюк в том, что *побочные реакции* никто не подсчитывает и никто за них не отвечает. Поводом для разбирательств и последующей выплаты

компенсаций могут быть только *поствакцинальные осложнения,* границы между которыми и *поствививочными реакциями,* как нам только что объяснили, «весьма условны». Не требуется быть провидцем, чтобы предположить, что максимум возможного списывается именно на поствививочные реакции или другое столь же нейтральное обозначение проблемы, связанной с прививками. Соответственно, когда к педиатру обращается родитель с жалобой на то, что у ребенка уже третий день после прививки температура под сорок градусов и он постоянно кричит, педиатр лишь пожимает плечами: извините, это *поствививочная реакция,* так и должно быть, разве что чуток послабее, но все равно не страшно, это ведь не *осложнение*… Фокус со сменой вывесок чаще всего проходит тогда, когда реакция, какой бы острой ни была, длится несколько дней и отступает, создавая обманчивое впечатление, что никаких последствий не останется. К сожалению, впечатление и на самом деле обманчиво. В советской прививочной монографии, увидевшей свет 38 лет назад, сообщалось: «…Статистически учитываются лишь те больные, которым ставится клинический или анатомический диагноз энцефалита, и совершенно не поддаются учету так называемые поствакцинальные энцефалопатии или кратковременные судорожные состояния, которые, тем не менее, по данным электроэнцефалографии, могут сопровождаться выраженными нарушениями со стороны центральной нервной системы… Последствием подобного рода энцефалопатии у детей первого года жизни могут быть остаточные явления различной длительности и интенсивности, вплоть до формирования настоящей эпилепсии. Кроме того, при энцефалопатии значительно снижается общая сопротивляемость ребенка, что предрасполагает его тем самым к различным интеркуррентным заболеваниям (пневмония, кишечные инфекции и т. п.)»[66].

Профессор А. Ратнер (1934–1994) в своей книге писал: «…Осложнения после профилактических прививок и часты, и многообразны. Они зависят от многих факторов. Одним из самых частых видов осложнений являются пароксизмы судорог, иногда единичные и навсегда исчезающие, иногда частые и регулярно повторяющиеся даже спустя значительное время после прививки. Через нашу клинику прошло 80 больных детей, у которых первые судорожные пароксизмы возникли непосредственно после

профилактических прививок. Анализ этих пароксизмов, как и следовало ожидать, не выявил никаких отличий от эпилептических припадков хотя бы потому, что во всех без исключения случаях судороги были тонико-клонические. На фоне внезапной потери сознания развивалась тоническая фаза припадка, вслед за которой через 20–40 с. появились клонические судороги, иногда с упусканием мочи, постприпадочным сном. Лишь в отдельных случаях дело ограничивалось одним таким припадком, чаще они повторялись 2–3 раза, в половине наблюдений независимо от прививки и других факторов трансформировались затем в банальную эпилепсию. У 7 из 80 больных сразу после прививки возникли не одиночные припадки, а эпилептический статус со всеми его известными проявлениями, но даже столь серьезное осложнение поначалу не было должным образом оценено врачами, поскольку «после прививки так не бывает»… Н. Я. Покровская (1983) изучила 100 препаратов головного мозга детей, погибших после профилактических прививок при развившихся судорожных пароксизмах. Лишь в одном случае из 100 морфологически был доказан энцефалит. В остальных 99 наблюдениях никаких морфологических изменений в мозгу обнаружено не было. Это позволяет прийти к выводу, теперь уже морфологически обоснованному, что самая частая причина прививочных судорог – существующая субклинически перинатальная патология головного мозга, скрытая судорожная активность, а прививка может быть причиной срыва существующей компенсации… В каждом случае поствакцинальной эпилепсии мы считаем необходимым проводить длительное противосудорожное лечение, как при обычной эпилептической болезни, ибо осложнения ее так же часты и так же опасны»[67].

Механизмы, посредством которых прививки вызывают энцефалиты, энцефалопатию и эпилепсию, не являются предметом рассмотрения в этой главе; цитату я привел для демонстрации существования проблемы. Обратим внимание, что у невролога, профессора-клинициста не вызывает сомнений, что «осложнения после профилактических прививок и часты, и многообразны».

Однако даже когда для беспристрастного наблюдателя очевидно, что развилось настоящее тяжелое поствакцинальное осложнение, арсенал вакцинаторов далеко еще не исчерпан. В конце XIX в. д-р Лев

Бразоль писал: «…Когда приводятся несомненные случаи дурных и смертельных последствий вакцинации, как-то: катаральная пневмония и другие болезни дыхательных органов, желудочно-кишечные катары, родимчик и всякие другие судорожные и нервные болезни, экземы и другие накожные сыпи и проч., то у защитников оспопрививания в каждом отдельном случае наперед готово уже возражение, что дитя могло заболеть и умереть помимо вакцинации, что причинная зависимость между вакцинацией и последовавшей болезнью или смертью не доказана»[68]. Спустя 117 лет два российских вакцинатора прекрасно иллюстрируют слова Бразоля таким объяснением для родителей: «…Большинство серьезных заболеваний после введения вакцины не являются осложнением вакцинации, а представляют собой «обычные» болезни – ОРВИ, аппендицит, менингит, пневмонию и многие другие. Ведь введя вакцину против, например, кори или свинки, мы никоим образом не защищаем ребенка от всех других болезней. На первом году жизни ребенка прививают четырежды, так что 4 месяца из 12 он находится в поствакцинальном периоде, поэтому все болезни можно связать с прививкой. К сожалению, так оно часто и происходит…»[69]. Да, именно так и происходит, поскольку родители видят *здорового* ребенка *до* прививки и *больного* ребенка практически немедленно *после* прививки – и, не владея творческой прививочной логикой, согласно которой перелом ноги не имеет никакого отношения к предшествовавшему падению в яму, обвиняют прививки в болезнях своих детей. Тезис о внезапно «присоединившихся» болезнях активно развивают в прививочной литературе, как в популярной, так и в специализированной: «Появление клинических симптомов после введения вакцины вовсе не означает, что именно вакцина вызвала эти симптомы. Последние могут быть связаны с присоединением какой-либо интеркуррентной инфекции, которая может изменить и утяжелить реакцию организма на прививку, а в ряде случаев способствовать развитию поствакцинальных осложнений»[70]. Или: «Возможность возникновения поствакцинального энцефалита при введении АКДС (АДС-, АДС-М-) препаратов в настоящее время подвергают сомнению, так как *все* случаи, зарегистрированные в предшествующие годы как поствакцинальный энцефалит, окончательно были расценены как различные, чаще вирусные нейроинфекции, *совпавшие по времени* с прививкой. Истинные патологические реакции (побочное действие

вакцин)… развиваются редко. Значительно чаще имеет место осложненное течение вакцинального процесса в виде присоединения интеркуррентных инфекций или обострения хронических заболеваний. Наиболее часто из наслоившихся заболеваний диагностируют острые респираторные и кишечные инфекции»[71] (выделено мной. – *А. К.*).

Получается, вакцины совсем ни при чем? Конечно. Страдания привитых вызваны не прививкой, а «наслоившимися заболеваниями». Интересно, что если осложнение развивается в течение болезни, то ни у кого не возникает мысли о «наслоении». Была, например, корь, и на ее фоне развился энцефалит. На фоне гриппа – воспаление легких. При эпидемическом паротите – орхит. Все понятно. Не возникает мысли связать с «наслоившимся заболеванием» и осложнение, следующее за приемом лекарства или проведением анестезии. Вот причина, а вот ее следствие. Но если в дело замешана прививка, то изобретаются самые невероятные гипотезы, все что угодно, лишь бы священная прививочная корова оставалась в неприкосновенности, хотя тот же самый энцефалит или тот же самый паротит развиваются после проникновения (да еще парентерального) тех же самых живых вирусов. Здесь перед нами уже вполне научная формулировка: «осложненное течение вакцинального процесса», причина которого не прививка, а что-то постороннее, только выжидавшее своего часа, глубоко затаившись в организме.

Вот другой пример упражнений в прививочной логике: «Мы наблюдали случаи тромбоцитопенической пурпуры (на 3–4 день после введения АКДС-вакцины) с длительным течением и благоприятным исходом. Одновременно с ними мы лечили детей того же возраста с этим заболеванием, не получавших прививок; течение в обоих случаях было сходным. Последнее обстоятельство подтверждает наличие лишь временной ассоциации подобных заболеваний с прививкой»[72]. Вот так. То, что некоторая болезнь существует и встречается в том возрасте, в котором делают прививки, у вакцинаторов уже *подтверждает наличие лишь временной ассоциации* – как вам это понравится, читатели? Вот если бы прививки вызывали такие болезни, которые иначе были бы не виданы и не слыханы – например, привитые зеленели или у них вырастали хвосты, – это другое дело, связь была бы несомненна. А раз такие болезни все равно в том же возрасте встречаются, так какая же тут связь с прививками? Ну а если прививки

и болезни, следующие за ними, не более чем простые совпадения или, если угодно, «наслоения», то главный обвиняемый на процессе уже и оправдан почти полностью, при этом в статье вовсе не ГИСКовцев (это было бы вполне естественно), а тех… кто должен защищать детей, – сотрудников НИИ педиатрии НЦЗД РАМН: «Истинные ПВО (поствакцинальные осложнения. – *А. К*) занимают лишь незначительную долю всех поступающих с таким диагнозом. Это указывает на необходимость тщательного обследования всех детей с диагнозом «реакция на прививку». Это особенно относится к случаям смерти в поствакцинальном периоде, которые подчас требуют весьма углубленного анализа. Почти в 80 % случаев смерть была обусловлена различными заболеваниями, не связанными с профилактической прививкой. Из 46 детей, погибших в период после введения АКДС, только 5 могли считаться погибшими по причине вакцинации, причем смерть 3 детей от анафилактического шока была предотвратима, в случае готовности медработников оказать экстренную адекватную помощь. ‹…› Всего (за 6 лет. – *А. К.*) поступило 104 сообщения о ПВО на вакцину АКДС и ДС-анатоксины. После экспертной оценки присланной медицинской документации (в ГИСКе им. Л. А. Тарасевича) подтвердилось лишь 80 вакцинальных осложнений. Из общего числа сообщений 5 относились к случаям с летальным исходом, из которых связь с прививкой (АКДС) не была подтверждена ни в одном случае»[73]. Дружный хор единомышленников – производителей вакцин и педиатров. Одна цель – одни средства ее достижения! Может быть, не так уж и неправо российское правительство, подумывающее о том, чтобы упразднить педиатрическую службу вообще?

Допустим, что инвалидность или смерть ребенка стали результатом не прививки, а «присоединившегося» интеркуррентного заболевания. Но откуда оно взялось? Неужели всегда так совпадает: не было прививки – не было этого заболевания, есть прививка – и заболевание тут как тут? Отнюдь. В ряде исследований была показана длительная иммуносупрессия (подавление иммунитета) после прививок. Например, по данным одного исследования, у детей, привитых живой коревой вакциной, в течение *как минимум* года не мог восстановиться уровень интерферона[74], чье значение в защите организма от инфекций, новообразований и др. невозможно переоценить. Некоторые исследователи считают один только

интерферон по своей важности равным всей иммунной системе. Есть исследования, которые показывают изменение соотношений субпопуляций лимфоцитов, снижение выработки лизоцима – короче, угнетение многих звеньев иммунитета. На протяжении книги я буду ссылаться на такие исследования, поэтому не стану сейчас перегружать главу ссылками. Наш организм заселен огромным количеством микробов и вирусов, в том числе условно патогенных. Они ведут себя смирно, но лишь до той поры, пока находятся под контролем иммунитета. Стоит иммунитету ослабнуть, как возбудители находят благоприятную почву для своего бурного размножения, отсюда и «интеркуррентные болезни». И они не совпадение – они безусловное *следствие* прививки. Недаром мы очень часто видим после прививок болезни, начало которым дает кишечная палочка, E. coli, с которой мы прекрасно уживаемся до тех пор, пока иммунитет не становится жертвой вакцинации. Логическая цепочка (прививка – подавление иммунитета – активизация микрофлоры – болезнь) вполне ясна.

Читаем дальше: «Среди 16 детей, погибших в результате вакцинации, у половины было генерализованное осложнение на введение БЦЖ вакцины. Такое осложнение развивается у детей с хронической гранулематозной болезнью, которая сама по себе имеет неблагоприятный прогноз для жизни; такие больные и без вакцинации БЦЖ погибают на 1–2 году жизни от различных инфекционных заболеваний… Некоторые противники иммунопрофилактики предлагают скрининговое обследование (иммунограмму) всех детей на наличие первичного НДС. Это дорогостоящее обследование нецелесообразно из-за крайне низкой распространенности первичных НДС в популяции»[75]. Здесь перед нами дальнейшее развитие концепции всегдашнего прививочного алиби. Теперь болезнь уже не «наслаивается», а существует, но себя не проявляет. Прививка вовсе не *вызывает* болезнь – она ее, как зоркий пограничник Карацупа нарушителя границы, *обнаруживает*. Не страшно, что дети умирают после прививок, и нет смысла затевать дорогостоящие иммунологические исследования, на которых вредительски настаивают «противники иммунопрофилактики» (вот уже и ярлык подходящий готов, кто же еще будет заботиться о дополнительных обследованиях ради своевременного выявления больных детей, как не заведомые противники иммунопрофилактики?), – не от прививок, так по другим

причинам они бы все равно умерли, так у них на роду было написано. Эта же идея отражена у уже цитировавшихся выше вакцинаторов: «Большинство *первичных иммунодефицитных состояний* являются доказанными наследственными заболеваниями и присутствуют с рождения ребенка, хотя их манифестация происходит позже. Поэтому значительная часть этих детей вакцинируется в общем порядке, а развивающиеся у некоторых из них осложнения указывают на дефекты того или иного звена иммунитета, тем самым как бы являясь скринингом на иммунодефицит. Так, возникновение остеита или генерализованного заболевания после вакцинации БЦЖ позволяет заподозрить комбинированный (швейцарский) иммунодефицит или хроническую гранулематозную болезнь… Развитие вакциноассоциированного полиомиелита после ОПВ характерно для гуморальных иммунодефицитов… Проведение массового лабораторного скрининга для выявления бессимптомных больных немыслимо ввиду редкости этой патологии и многообразия патологических вариантов, что потребовало бы использования целой батареи сложных методик»[76].

Это верх прививочного цинизма. Прививки не только *не виноваты* в тяжелых болезнях и смертях детей, но наоборот – по вакцинаторской логике *их нужно благодарить* за своевременный «как бы скрининг» (которому могла бы помешать «батарея сложных методик») первичного иммунодефицита. Не было бы прививок – и врачам пришлось бы в дальнейшем ломать голову над болезнями ребенка. А вот стал после прививки ребенок инвалидом или умер – и сразу понятно, с чем имеем дело…

«Большой опыт по изучению поствакцинальной патологии, накопленный сотрудниками ГИСК им. Л. А. Тарасевича, показал, что вакцинация… может являться провоцирующим фактором, приводящим к манифестации клиники скрыто протекающего заболевания, декомпенсации хронических процессов, а также утяжеляющим течение острых респираторных инфекций, развивающихся в поствакцинальном периоде. Изучение характера и причин возникновения поствакцинальной патологии позволяет утверждать, что доминирующий в течение ряда лет в клинической практике диагноз «поствакцинальный энцефалит» оказался несостоятельным и ни разу не был подтвержден при патоло-гоанатомическом расследовании в

ГИСК им. Л. А. Тарасевича»[77]. Тот самый поствакцинальный энцефалит, который оборвал или искалечил жизни тысяч детей в разных странах мира, для ГИСКа, как выясняется, просто не существует. Нет его – и все тут. А вакцинация – не более чем «провоцирующий фактор». Главное, что не причина!

В связи с тем, что в последние годы в России ликвидированы практически все противопоказания – при этом и такие, какие ранее считались абсолютными, – можно с уверенностью предположить, что число осложнений прививок неуклонно растет. В уже упоминавшейся выше старой советской прививочной монографии было написано следующее: «Что касается детей с резко выраженными признаками аллергической реактивности и тяжелыми формами аллергических страданий, вакцинация их недопустима даже в периоды длительных ремиссий. Опасность возникновения инфекционных заболеваний у таких детей уступает риску провокации тяжелого и часто необратимого процесса. Чрезвычайно осторожно надо подходить к решению вопроса о вакцинации детей с нейроаллергическими заболеваниями. Риск провокации необратимых неврологических расстройств, пусть даже в крайне редких случаях, недопустим»[78]. А 4 года назад появились минздравовские методические указания, где в «Основных положениях» черным по белому написано: «2.3 Несоблюдение противопоказаний (?? – *А. К.*), необоснованные медицинские отводы от прививок часто приводят к тому, что дети с соматической патологией, аллергическими заболеваниями, неврологическими дефектами оказываются беззащитными перед инфекционными болезнями, которые у них текут особенно тяжело. Из списка противопоказаний исключено большинство хронических болезней, которые до начала 90-х годов рассматривались как противопоказание к проведению профилактических прививок. Разработка рациональной тактики проведения профилактических прививок таким детям позволила резко повысить охват этих детей прививками без каких-либо последствий для них»[79]. Чтобы особо недогадливые врачи лучше понимали, что от них требуется и чем они могут заплатить за прививочное вольтерьянство, добавлено открытым текстом: «На практике, даже в регионах с высоким уровнем охвата прививками, дети нередко «отводятся» от вакцинации (постоянно или на длительные сроки), не имея противопоказаний. Основными причинами таких отводов являются перинатальная энцефалопатия,

аллергия и анемии. Отказы родителей, на которые часто ссылаются в регионах с низким уровнем охвата прививками, имеют место менее чем в 1 % случаев. Все эти состояния должны рассматриваться как ложные противопоказания… Использование педиатром перечисленных… ложных противопоказаний должно рассматриваться как свидетельство его некомпетентности в вопросах иммунопрофилактики со всеми вытекающими отсюда мерами»[80]. Примитивный, но вполне действенный шантаж на государственном уровне. Удивляет разве что публикация его в официальном документе.

Но откуда взялась эта уверенность в безопасности прививок для больных детей? Стали ли значительно лучше вакцины, в чем нас хотят убедить составители методических указаний?[81] В это трудно поверить. Технология производства вакцин меняется в основном в малосущественных мелочах. Вакцины все так же содержат высокотоксичные вещества (ртуть, алюминий, формальдегид, фенол), стандартизации они почти не поддаются даже в рамках одной серии, прививочный календарь полон опасного абсурда (например, одновременное введение АКДС и ОПВ или тотальная вакцинация новорожденных против гепатита В), который очевиден любому мало-мальски грамотному врачу или даже просто информированному родителю. Однако, возможно, «рациональная тактика» основана на прорыве в нашем понимании устройства и работы иммунитета? Сомнительно. Наши представления об иммунитете все еще крайне далеки от того, чтобы считаться хотя бы минимально приемлемыми для вторжения в эту фантастически сложную и тонко отрегулированную систему, да еще в процессе ее стремительного развития. Для представлений, аналогичных нашим об иммунитете, в науке используется термин «черный ящик». Мы знаем, что есть на входе и на выходе процесса, но что собой представляет сам процесс, мы можем только догадываться, и стремительно растущая заболеваемость детей аутоиммунными и онкологическими недугами наводит на мысль о том, что в «ящике» происходит далеко не одна только выработка антител в ответ на вакцинные антигены. И, теряясь в догадках относительно того, как протекает прививочный процесс у здоровых, мы тем более не имеем никакого понятия, каким образом отреагирует на вакцины иммунитет больного ребенка. Но тогда, наверное, традиционная медицина может как минимум гордиться своими успехами в излечении

аллергий, бронхиальной астмы и иных болезней, ныне законно считающихся бичом детского возраста, так что родители могут не бояться дальнейшего ухудшения состояния здоровья детей после прививок? Абсурдно было бы даже помыслить такое. Отлично излечиваться эти и многие другие, не сказать практически все, детские болезни могут только в примитивной рекламной передаче «Здоровье» на одном из российских телеканалов. О безуспешности предлагаемого ныне лечения, в том числе и самого что ни на есть «научно-доказательного», расскажет любой родитель, намучившийся со своим больным ребенком. Состояние здоровья детей из года в год все хуже и хуже. Так откуда этот прививочный оптимизм, это страстное желание прививать всех, в том числе и тех, кого всего каких-нибудь 15 лет назад та же самая наука, от лица которой сегодня делаются безответственные заявления о безопасности прививок для больных, прививать строжайше запрещала?

Теперь нужно сказать о том, каким образом получается «правильная» статистика поствакцинальных осложнений. В нее попадают исключительно такие осложнения, которые приводят либо к смерти, либо к инвалидности или к тяжелому расстройству здоровья, требующему как лечения в специализированных учреждениях, так и выплаты социальных пособий, что вынуждает врачей поставить неприятный диагноз. Если же имеется хотя бы малейшая возможность списать случившееся на «побочную реакцию» или спасительное «присоединение интеркуррентного заболевания», то так оно и будет сделано. В августе 1999 г. российское правительство проштамповало подготовленный вакцинаторами маленький список поствакцинальных осложнений, которые готовы признать таковыми (см. «Приложения»), а в мае 2002 г. главным санитарным врачом РФ Г. Г. Онищенко были утверждены методические указания под названием «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика». Составили их одиннадцать сотрудников ГИСКа и два сотрудника департамента Госсанэпиднадзора, причем одна из них, Г. Ф. Лазикова, была в составе той самой вакцинаторской подгруппы рабочей группы комитета Государственной Думы, о которой я писал в предыдущей главе, что требовала закручивания прививочных гаек в масштабе всей страны. Ни один независимый специалист, ни один человек «со стороны», не из слаженной ГИСКовско-минздравовской системы, участия в разработке

этой щедрой индульгенции прививкам не принимал. Вот несколько примеров, как вакцинаторы уходят от ответственности и уводят от нее прививки с помощью ими самими составляемых инструкций.

Так, в ст. 4.1 «Мониторинга» сообщается: «В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. к поствакцинальным осложнениям относятся тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок, а именно…».

Стоп. В Законе об иммунопрофилактике инфекционных болезней нет никакого «а именно», в ст. 1 там просто сказано: «…Поствакцинальные осложнения… тяжелые и (или) стойкие нарушения состояния здоровья вследствие профилактических прививок», какие бы то ни было уточнения отсутствуют. Уточняют те, кто хочет максимально сузить число таких нарушений. Читаем эти «а именно»: «…Анафилактический шок и другие аллергические реакции немедленного типа; синдром сывороточной болезни; энцефалит, энцефаломиелит, миелит, моно(поли)неврит, полирадикулоневрит, энцефалопатия, серозный менингит, афебрильные судороги, отсутствовавшие до прививки и повторяющиеся в течение 12 месяцев после прививки; острый миокардит, острый нефрит, тромбоцитопеническая пурпура, агранулоцитоз, гипопластическая анемия, системные заболевания соединительной ткани, хронический артрит; различные формы генерализованной БЦЖ-инфекции». И это все! В список попали самые тяжелые и при этом относительно *редкие* страдания. Нет ни атопического диатеза, ни аллергий, ни бронхиальной астмы, ни иных болезней, *очень часто* развивающихся после прививок, счет которым идет на десятки, а может и сотни тысяч случаев ежегодно.

Но даже этот крохотный списочек кажется его составителям непомерно большим и дозволяющим чрезмерно большое количество претензий к прививкам, потому что далее уточняется: «При проведении расследования следует иметь в виду, что патогномоничных симптомов, которые позволили бы однозначно считать каждый конкретный случай поствакцинальным осложнением или необычной реакцией, не существует. И такие клинические симптомы, как высокая температура, интоксикация, неврологическая симптоматика, различные виды аллергических реакций, в т. ч. немедленного типа, могут быть

обусловлены не вакцинацией, а заболеванием, совпавшим во времени с проведенной прививкой. Поэтому каждый случай заболевания, развившегося в поствакцинальном периоде и трактуемый как поствакцинальное осложнение, требует тщательной дифференциальной диагностики как с инфекционными (ОРВИ, пневмония, менингококковая и кишечные инфекции, инфекции мочевыводящих путей и т. п.), так и неинфекционными заболеваниями (спазмофилия, аппендицит, инвагинация, илеус, опухоль мозга, субдуральная гематома и т. п.) с использованием инструментальных (рентгенография, Эхо-ЭГ, ЭЭГ) и лабораторных (биохимия крови с определением электролитов, в том числе кальция, цитология ликвора и др.) методов исследования, исходя из клинической симптоматики заболевания»[82].

Врачи намеки подобного рода понимают с полуслова: «не бывает здоровых, бывают недообследованные». При столь тщательном поиске (такой бы поиск да при каждой детской болезни, особенно в больницах на периферии, а не для спасения чести прививочного мундира!) найти можно что угодно. Если же кто-то из специалистов преступно тверд в решимости зарегистрировать поствакцинальное осложнение, то ему не грех и объяснить примером, к чему это может привести: «Результаты многолетнего анализа летальных исходов, развившихся в поствакцинальном периоде, проведенного ГИСК им. Л. А. Тарасевича, свидетельствуют, что подавляющее большинство их было обусловлено интеркуррентными заболеваниями. Однако врачи, с учетом временной связи последних с прививкой, ставили диагноз «поствакцинальное осложнение», в связи с чем этиотропная терапия не была назначена, что в ряде случаев и привело к трагическому исходу»[83]. Этот посыл более подробно излагается следующим образом: «Более 1/3 детей с диагнозом «поствакцинальная реакция» имели различные интеркуррентные заболевания как инфекционной, так и неинфекционной природы. «После вакцинации – еще не значит, что в результате вакцинации». Этот тезис, к сожалению, часто забывается докторами. Чаще всего в поствакцинальном периоде диагностировались инфекционные заболевания (90 %), половина из которых были респираторно-вирусные, что связано, по-видимому, *с возможностью инфицирования привитого ребенка во время посещения поликлиники* (!? – *А. К.*). На 2-м месте в структуре интеркуррентных заболеваний в поствакцинальном периоде находятся кишечные инфекции (18 %). Реже диагностировали

такие бактериальные инфекции, как пневмония, менингит, инфекция мочевыводящих путей (по 5–7%). Однако своевременная диагностика именно этих инфекций особенно важна, поскольку постановка диагноза ПВО таким детям настраивает врача на выжидательную тактику, резко снижая диагностическую и терапевтическую активность. В ряде случаев *это может привести к трагическому исходу* из-за того, что отсутствие своевременной этиотропной терапии при бактериальной инфекции (пневмония, менингит), хирургического вмешательства (инвагинация кишечника) делает прогноз заболевания очень серьезным… Примерно половина детей, погибших от интеркуррентных заболеваний, могли быть спасены при своевременной диагностике и назначении адекватной терапии. Это, в первую очередь, относится к детям, погибшим от пневмонии, менингита, кишечной инфекции…»[84] (выделено мной. – *А. К.*).

Суммируем. Если ты врач и поставил диагноз поствакцинального осложнения – берегись, теперь отвечать за все придется тебе, и больше никому, а доказать свой диагноз у тебя все равно не получится! Куда безопаснее не связываться с ПВО, а поставить «своевременный» и при этом «правильный» диагноз присоединившейся инфекции, продемонстрировать «диагностическую и терапевтическую активность» и умыть руки – дело сделано; что бы дальше ни случилось, по меньшей мере начальство будет настроено весьма благожелательно и понимающе, а отнюдь не враждебно.

Вопросы вызывают и «некоторые клинические критерии» обсуждаемого «Мониторинга», позволяющие вакцинаторам немедленно отметать определенную часть поствакцинальных осложнений как заведомо не связанных с полученной прививкой. Обращу внимание читателей лишь на несколько примеров. Так, категорически заявляется, что «артралгии и артриты характерны только для краснушной вакцинации», в то время как они неоднократно описаны как осложнение прививки от гепатита В; «неврит лицевого нерва (паралич Белла) не является осложнением ОПВ и других вакцин», хотя он упоминается в литературе именно как осложнение прививок – в частности, живой полиовакцины и «Варивакса»; на развитие тромбоцитопенической пурпуры после прививок отведено лишь 30 дней, ни днем больше[85], в то время как по имеющимся сведениям она может развиваться и позднее, равно как и другие болезни, на появление

которых отведены точные сроки, словно речь идет не о живых организмах, а о машинах, работающих по программе.

Сама система регистрации поствакцинальных осложнений в России построена таким образом, что признание факта поствакцинального осложнения не сулит врачу ничего хорошего, с чем согласны и сами вакцинаторы: «Предположение о неполной регистрации всех случаев ПВО из-за боязни тех или иных репрессивных мер в отношении лиц, пославших извещение, вполне правдоподобно, и имеющиеся данные официальной статистики могут быть *несколько* занижены…»[86] (выделено мной. – *А. К.*). По-девически стыдливое «несколько» вызывает улыбку – можно подумать, авторы и не подозревают, сколько осложнений случается в действительности. А что же происходит после того, как появилось подозрение на ПВО? «При установлении диагноза ПВО… или подозрении на него, врач (фельдшер) обязан немедленно информировать главного врача ЛПУ. Последний, в течение 6 часов после установления предварительного или окончательного диагноза, направляет информацию в городской (районный) центр Госсанэпиднадзора. За полноту, достоверность и своевременность учета заболеваний, подозрительных на ПВО, а также за оперативное сообщение о них ответственность несет руководитель ЛПУ. Территориальный центр Госсанэпиднадзора, получивший экстренное извещение о развитии ПВО (подозрения на ПВО), после регистрации полученной информации передает ее в центр Госсанэпиднадзора в субъекте Российской Федерации… центр Госсанэпиднадзора в субъекте Российской Федерации направляет в Департамент Госсанэпиднадзора России предварительное внеочередное донесение… Окончательное донесение представляется в Департамент не позднее, чем через 15 дней после завершения расследования… акт расследования каждого случая необычной реакции (осложнения, шока, смерти)… как потребовавшего, так и не потребовавшего госпитализации (в последнем случае с копией истории болезни) направляется в Государственный НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л. А. Тарасевича… При необходимости ГИСК им. Л. А. Тарасевича может дополнительно запрашивать необходимую медицинскую документацию, а в случае летального исхода – протокол вскрытия, гистологические препараты, блоки и формалиновый архив»[87].

Надо поставить себя на место рядового врача, чтобы представить, сколько потребуется мужества, не сказать безрассудства, чтобы запустить эту цепную реакцию чиновничьих донесений, заварить такую кашу! Но самое главное, что надежды на торжество справедливости остается в любом случае мало, ибо решение о том, прекратить ли использование вызвавшей осложнение серии вакцины и тем самым признать свою ответственность… все равно остается за ГИСКом. «Решение о возможности дальнейшего применения рекламационной серии… вызвавшей развитие ПВО, или о необходимости проведения ее повторного контроля, принимает ГИСК им. Л. А. Тарасевича»[88]. Как это может быть? На суде есть обвиняемый, адвокат, прокурор и судья; кроме того, народ выбирает в парламент законодателей, и те принимают законы, по которым осуществляется судопроизводство. Почему же во всех прививочных делах разработчик и активный пропагандист прививок ГИСК един во всех лицах? Он сам принимает законы, по которым сам себя судит, сам себя защищает, сам себе выносит оправдательный приговор, сам себе аплодирует за справедливость этого приговора и сам с торжеством покидает зал судебных заседаний. Стоит ли нам после этого удивляться, что какое бы осложнение им ни расследовалось, неизменно обнаруживается алиби в виде «совпадения», «присоединения», «наслоения», «дебюта латентной болезни», «несоблюдения общих правил проведения прививок» и прочего? А где же независимые эксперты, где общественный контроль? Как вообще получилось так, что учреждение, благополучие которого на мой взгляд целиком зависит от продвижения вакцин, фактически никому не подотчетно? Или разработчики и производители вакцин во всем мире совершенно безгрешны? Если бы… Вот всего несколько примеров. «Химическая сорбированная тифо-паратифозно-столбнячная вакцина (ТАВТе) из-за чрезвычайно сильной реактогенности и слабой иммуногенности ряда компонентов с 1980 г. снята с производства»[89]. Или сообщение о штамме «Еланцев» вируса клещевого энцефалита: «…У привитых людей он вызывал заболевание энцефалитом приблизительно с частотой 1:10 000… Вакцина из штамма Еланцев была запрещена для применения, а дальнейшие исследования по разработке препарата прекращены»[90]. А вакцина против желтой лихорадки (штамм «Дакар»), широко использовавшаяся в 1930–1950-х годах, также

вызывавшая тяжелые поствакцинальные реакции, в том числе энцефалиты? А штаммы «Urabe», «Ленинград-3» и «Ленинград-Загреб» вируса эпидемического паротита, на основе которых делались вакцины, поражавшие мозг привитых детей? А гриппозные вакцины печально известной кампании конца 1970-х по борьбе со свиным гриппом, искалечившие и отправившие на тот свет сотни американцев синдромом Гийена-Барре? А со скандалом отозванная с рынка в 1999 г. ротавирусная вакцина (RotaShield, производитель «Виет-Ледерле»), которую сегодня подхватившая манящую космическими доходами ротавирусную эстафету компания «Мерк» энергично проталкивает на рынок под названием RotaTeq? А вакцины против клещевого энцефалита ENCEPUR К (производитель «Хирон Беринг», отозвана с рынка в 1998 г.) и T1COVAC (производитель «Бакстер», отозвана в 2001 г.)? Таким примерам несть числа, но лишь единичные из них становятся известны широкой публике. За сухими словами о «чрезвычайно сильной реактогенности» и «заболевании энцефалитом» стоят реальные люди, бывшие здоровыми до прививок, но убитые и искалеченные ими, разрушенные жизни самих пострадавших и их близких. Однако ведь и ТАВТЕ, и злосчастные вакцины на основе штамма «Еланцев» где-то (да уж не в самом ли ГИСКе, к слову?) предварительно изучались, тестировались, утверждались, запускались в производство, кто-то публиковал статьи и получал научные звания и премии… А понес ли хоть кто-нибудь ответственность *за результаты* прививок, в свете существующей на мой взгляд полной бесконтрольности производителей вакцин? В своей книге «Прививки: мифы и реальность» Г. П. Червонская цитирует бывшего главного санитарного врача СССР П. Н. Бургасова, заявившего: «Советский Союз всегда занимал *ведущее место в мире по массовости планового использования вакцин… что является оригинальностью нашей позиции»,* и его российских продолжателей прививочного дела: «Вводя полную иммунизацию детей, мы брали на себя большую ответственность – в мире нигде такого не было. Приоритет в этом принадлежит СССР». Г. П. Червонская комментирует: «В том-то и трагедия наших малышей – никто ни за что не отвечает: ни за аллергизацию как результат «полной иммунизации»… ни за обилие поствакцинальных осложнений»[91]. Это верное замечание. «Большая ответственность» прививочных оригиналов, ставящих под угрозу

здоровье миллионов людей, такая же фикция, как декларируемое ВОЗ стремление «повышать доверие общества к иммунизации» выявлением и расследованием поствакцинальных осложнений.

На этом фоне бросается в глаза и пренебрежение вакцинаторов необходимостью следить за числом поствакцинальных осложнений[92], что я считаю оборотной стороной как бесконтрольности, так и уверенности в собственной совершенной безнаказанности. По данным сайта Федерального центра Госсанэпиднадзора, в который подает статистику ГИСК, в РФ регистрируется в среднем около трехсот поствакцинальных осложнений в год *всего,* на все вакцины. А Республиканский центр по осложнениям после прививок против туберкулеза, созданный при МЗ РФ и находящийся с ГИСКом в одном городе, а может быть даже на соседней улице, рапортует о примерно пятистах случаях осложнений в год на *одну только* прививку БЦЖ, да при этом еще сам признает, что эти данные скорее всего *занижены*[93].

Справедливости ради следует отметить, что российский пример всевластия и вседозволенности ГИСКа под крышей Минздрава отнюдь не представляет собой нечто исключительное в мире вакцин. В 2000 г. американские вакцинаторы начали проект под названием «Брайтонское сотрудничество» (Brighton Collaboration). Его цель – создание сплоченной международной группы, состоящей из производителей вакцин и чиновников ВОЗ, Центра контроля заболеваний США и европейских организаций здравоохранения для защиты (а точнее – навязывания) прививочных программ во всепланетном масштабе. Первой задачей, которую поставили себе участники проекта, было определение, что именно следует считать побочной реакцией на прививки. При этом во главе комитетов проекта, занятых этим вопросом, стоят… производители вакцин! Конгрессмен д-р Дэйв Уэлдон заявил в своем выступлении в палате представителей 18 июня 2004 г.: «Разве мы позволяем «Дженерал моторс», «Форду» или «Крайслеру» определять безопасность своих автомашин или авиакомпаниям устанавливать стандарты безопасности полетов и самим расследовать катастрофы и делать выводы об их причинах? Или мы разрешаем производителям пищевых продуктов определять, не была ли заражена их продукция и не принесла ли она вред? Почему же мы дозволяем производителям вакцин самим решать, что следует считать побочной реакцией на прививки?»[94].

Десять лет назад российский вакцинатор писал: «При существующей в стране этико-правовой системе доступ общественности к медицинской информации по вакцинации крайне ограничен, отсутствует четкий механизм расследования жалоб населения на нарушения, возникающие при массовой вакцинации, несовершенна система регистрации поствакцинальных осложнений и компенсации за причиненный ущерб при вакцинации. В этих условиях уровень общественного доверия к проводимым мероприятиям по вакцинопрофилактике недостаточно высокий. Следует добиваться взаимопонимания и партнерства между населением и различными звеньями системы вакцинопрофилактики (производителями, контролерами, вакцинаторами и др.)»[95]. Время прошло, был принят закон, регулирующий взаимоотношения граждан и прививочных властей, но в действительности изменилось лишь очень немногое. Никакого взаимопонимания и партнерства в истинном значении этих слов и близко нет, вакцинаторы не собираются отчитываться перед обществом и нести какую-либо ответственность за свою деятельность, а прививки населению навязываются ложью (как об эффективности вакцин, так и об их безопасности, в том числе и на примере якобы крайне малого числа поствакцинальных осложнений), шантажом и методами административного давления.

Итак, в статистику ПВО, согласно критериям «Мониторинга», попадают только самые тяжелые осложнения. Конечно, читателя не может не заинтересовать вопрос: а проводилась ли хоть раз попытка подсчитать, сколько же всего «побочных реакций» следует за прививками? В какой-то мере на него отвечает недавнее исследование, проведенное на базе детской городской инфекционной больницы № 10 г. Перми, где т. н. неблагоприятные события поствакцинального периода, возникшие в течение 30 дней после прививки, отслеживались в 2001–2002 гг. по трем базам данных (регистрация участковыми педиатрами, экспертная оценка историй развития детей на основе случайной репрезентативной выборки и анкетирование матерей). Полученные результаты заслуживают самого пристального внимания. «Частота возникновения различных событий в поствакцинальном периоде у детей до 3 лет в течение 1 мес. после прививки… оказалась различной. Минимальной она была по данным журнала регистрации и составила 4,0±0,4 на 100 привитых. Число выявленных

поствакцинальных событий на основании экспертной оценки историй развития превысило регистрируемый уровень в 7 раз и составило 28,0±2,8 на 100 привитых… Максимальное число (35,0±2,6) было выявлено по результатам анкетирования матерей…»[96]. Таким образом, по мнению матерей, более чем в трети случаев вслед за прививкой следовало «поствакцинальное событие», в то время как педиатры были готовы признать его лишь у каждого двадцать пятого привитого ребенка. А вот и следствие ликвидации практически всех противопоказаний к прививанию больных детей (ведь, как сообщается, «разработка рациональной тактики проведения профилактических прививок таким детям позволила резко повысить охват этих детей прививками без каких-либо последствий для них»!): «По данным мониторинга врача-иммунолога… и метода экспертных оценок, все дети с поствакцинальными осложнениями и тяжелыми реакциями были из группы высокого риска побочного действия вакцин вследствие многофакторных сочетаний поражения нервной системы с манифестными формами аллергических болезней и синдромом нарушения противоинфекционной защиты»[97]. Но что со спасительной «рациональной тактикой», она не сработала? Читаем дальше. «Среди детей с ПВР в 90 % случаев имелся отягощенный преморбидный фон с высоким риском побочного действия вакцинальных препаратов. При этом адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия были проведены лишь в 20 % случаев. В официальном мониторинге врача-иммунолога… эти случаи зарегистрированы не были, несмотря на то что у ребенка в поствакцинальном периоде возникло заболевание, потребовавшее госпитализации»[98]. Итак, несмотря на адекватность, по мнению авторов, мероприятий у каждого пятого пострадавшего, поствакцинальных осложнений или реакций, кому как нравится, избежать все равно не удалось. Невольно закрадывается крамольная мысль: может быть, надо было вообще оставить этих детей в покое, как это было до прививочного шабаша, начавшегося в 90-х годах? Ну и конечно, здесь же сокрытие ПВР-ПВО, даже потребовавших госпитализации (!), как лишнее доказательство того, что ложь и фальсификация статистики такие же неизменные спутники прививочных кампаний, как и осложнения.

Экстраполируя данные этой статьи на масштабность российского «прививочного охвата» (прививки миллионам детей ежегодно),

количество «поствакцинальных событий» можно оценить в десятки тысяч. И это лишь таких «событий» или осложнений, что очевидны, которые развились непосредственно после прививок (и которые не без труда, но все же как правило вакцинаторам удается списывать на «интеркуррентные заболевания» и «присоединившиеся инфекции»). Подорванное здоровье, долговременную восприимчивость к инфекциям, связь прививок с аутизмом, поведенческими нарушениями, аллергиями, бронхиальной астмой, сахарным диабетом 1-го типа и рассеянным склерозом медицинские власти даже не думают признавать и, соответственно, оценивать в цифрах пострадавших. И у общественности нет никакого доступа к правдивой информации о «поствакцинальных событиях»; ей предлагается удовлетвориться смехотворным числом в три сотни самых тяжелых случаев ежегодно. То же замалчивание фактов и та же лакировка статистики были официальной политикой прививочных властей США до конца 1980-х годов, до принятия конгрессом решения о создании независимой и открытой базы данных по осложнениям прививок (VAERS). И хотя в эту базу данных поступают сообщения не более чем о 10 % из числа событий, произошедших вслед за прививками[99], даже имеющееся число может подействовать отрезвляюще на одурманенных прививочной пропагандой. Лжи могут противостоять только правдивые факты, которых так не хватает родителям, обдумывающим свое решение относительно прививок для детей.

И последнее, на что я хотел бы обратить внимание читателей – повторно, поскольку об этом я уже упоминал в предыдущей главе, – это фактическая невозможность добиться торжества закона в сколько-нибудь серьезных делах, связанных с поствакцинальными осложнениями. Так, российский закон гарантирует получение компенсации в случае, если поствакцинальное осложнение будет признано таковым, но для того, чтобы этого не произошло, ответчики-вакцинаторы будут прилагать все силы, которых у них несравнимо больше, чем у истцов-родителей. Это очень хорошо знают и юристы, которые не любят браться за дела такого рода. В равной степени фактически невозможно добиться даже административного наказания распоясавшихся вакцинаторов, прививающих направо и налево в роддомах, детсадах и школах и не интересующихся ничьим мнением. Акушер-гинеколог Ж. Соколова из Екатеринбурга пишет в своем

письме в Российский Национальный комитет по биоэтике: «…В школах делают прививки, не ставя в известность родителей, а подчас и не заглядывая в медицинскую карту. Самое страшное, что за этот произвол никто не отвечает, несмотря на существующие в нашей стране законы по здравоохранению. Встретившись с большим числом осложнений, тяжелых поствакцинальных осложнений, я попыталась рассмотреть эту проблему с точки зрения правового законодательства. Все мои старания оказались тщетными. Несмотря на все законы, в которых говорится о добровольности медицинского вмешательства, все юристы отказались «связываться» с медиками, мотивируя это тем, что «врачу доказать что-либо невозможно»…[100].

Невозможность отстоять свои права и наказать виновных, опираясь на имеющиеся законы, создает крайне опасный прецедент, ибо помимо порождаемого ею чувства бессилия у рядовых граждан она вселяет в правонарушителей уверенность в том, что, перефразируя Оруэлла, «перед законом все равны, но медики – равнее». Я считаю, что одно это должно заставить любого порядочного человека, вне зависимости от его личного отношения к проблеме вакцинопрофилактики, занять ясную и однозначную позицию в противостоянии вакцинаторов и общества, которому они навязывают свои прививки.

Сведения по токсикологии веществ, входящих в состав вакцин

Формальдегид

Формальдегид (в своей жидкой форме называемый формалином), которым проводится химическая инактивация используемых в вакцинах вирусов и бактерий, является известным канцерогеном (веществом, вызывающим рак). В докладе специальной комиссии по формальдегиду Министерства здравоохранения и охраны окружающей среды Нидерландов, опубликованном 6 мая 1982 г., сообщается: «Представленные данные указывают, что формальдегид обладает генотоксическими и канцерогенными свойствами. Результаты большого числа кратковременных исследований мутагенности формальдегида были преимущественно положительными, и формальдегид вызывал как генные мутации, так и хромосомные аберрации… На основании имеющихся в настоящее время данных представляется, что формальдегид имеет характер полного канцерогена в том смысле, что он может быть охарактеризован как слабый инициатор с промоторным действием при превышении определенной концентрации»[101]. Используется в сельском хозяйстве в качестве гермицида, фунгицида и инсектицида. Проникновение формальдегида в пищеварительный тракт вызывает симптомы тяжелого отравления – сильные боли в животе, рвоту кровью, появление белка и крови в моче, поражение почек, результатом чего становится прекращение отделения мочи, ацидоз, головокружение, кома и смерть[102]. То, что формальдегид не способен выполнять возложенные на него функции инактивации, выяснилось еще в 1950-х гг., когда немало людей пострадало от вакцины Солка (см. главу о полиомиелите). Во взвеси, которую представляет собой вакцина, вирусы частично слипаются и покрываются белковым «мусором», прочность которого формалин в обычной своей концентрации только повышает. Попадая в организм, белковая оболочка разрушается ферментами, и вирусы выходят на свободу, начиная размножаться в теле привитого и приводя к болезням и даже к смерти. Никакого решения этой проблемы с тех пор найдено не было. Применение формальдегида (формалина) в свете его неэффективности в инактивации инфекционных агентов и его прекрасно документированной способности вызывать отравление организма не имеет никакого оправдания и лишь отражает нежелание

производителей вакцин разрабатывать новые технологии, когда государство, навязывая их продукцию, гарантирует им отличные доходы от старых. Исследований, показывающих безопасность присутствия формальдегида в составе вакцин, не существует.

Фенол

Высокотоксичное вещество, получаемое из каменноугольного дегтя. Используется в вакцинах в качестве консерванта. Способен вызывать шок, слабость, конвульсии, поражение почек, сердечную недостаточность, смерть[103]. Фенол является известным протоплазматическим ядом, он токсичен для всех без исключения клеток организма. Он подавляет фагоцитоз и, соответственно, первичный иммунный ответ. Таким образом, вакцины, содержащие фенол, на самом деле не усиливают, а ослабляют иммунитет, причем самое важное его звено – клеточное. Фенол содержится также в препарате ежегодно проводимой в российских школах пробы Манту. Вакцины, с одной стороны, «вбрасывают» в организм патогены, а с другой – своими токсическими составляющими лишают его возможности против них обороняться. Исследования, которые могли бы продемонстрировать безопасность введения фенола и безопасность его аккумуляции в детском организме, никогда не проводились.

Алюминий

Соли алюминия применяются в вакцинах в качестве адъювантов (веществ, усиливающих и продлевающих иммунный ответ на введение антигенов). Предполагается, что именно наличие солей алюминия ответственно за развитие 5–10 % местных реакций на введение вакцин, а остающиеся свыше шести недель подкожные узелки в месте инъекции указывают на развитие сенсибилизации к алюминию[104]. При этом подкожные узелки и сильный зуд могут продолжаться годами, фактически превращая ребенка в хронически больного[105]. Отложение алюминия и сенсибилизация к нему могут становиться причиной системных реакций, например хронических миалгий, поддающихся лечению с большим трудом[106] и потенциально связанных с рассеянным склерозом[107]. Отложения алюминия были обнаружены в злокачественных опухолях (фибросаркомах), развившихся на местах прививок у кошек и собак[108]. Самые последние исследования связывают так называемый синдром войны в Персидском заливе – тяжелое заболевание, развившееся у многих солдат сил коалиции, принимавших участие в войне 1991 г., – с многочисленными содержащими соли алюминия прививками, полученными военнослужащими перед началом кампании[109].

Исследования показывают, что длительный контакт солей алюминия с тканью мозга приводит к невозможности обучения и к деменции, что было продемонстрировано в экспериментах на животных. При этом было показано и то, что вводимый с вакцинами алюминий проникает в мозг и по меньшей мере временно остается там[110]. Алюминий был обнаружен в мозге умерших от болезни Альцгеймера[111].

Алюминий удаляется из организма почками, однако у младенцев индекс клубочковой фильтрации очень низок и достигает нормального значения не ранее 12–24 месяцев жизни[112]. Это, тем не менее, не является препятствием к официальной политике введения немалого количества вакцин, содержащих алюминий, уже на первом году жизни. Никто и никогда не изучал безопасность введения солей алюминия в составе вакцин.

Ртуть

Один из самых токсичных из существующих в мире химических элементов, вредоносное действие которого на человеческий организм продемонстрировано уже достаточно давно. «Ртуть токсична в любой своей форме… Использование… ртутных реагентов в качестве инсектицидов и фунгицидов привело к слабым и сильным отравлениям, затронувшим тысячи людей… Прием всего лишь 1 г ртутной соли смертелен… Органические производные ртути, такие, как хлорид метилртути CH^HgCl, высокотоксичны из-за их летучести… В человеческом организме время полужизни ртути составляет от нескольких месяцев до нескольких лет. Токсический эффект может быть скрытым, и симптомы отравления могут появиться только лишь через несколько лет»[113].

Токсичность ртути зависит как от формы, в которой она проникает в организм, так и от пути проникновения. «Ртуть в элементном виде (Hg°) плохо поглощается в желудочно-кишечном тракте (судя по опытам на животных, менее 1 %), но очень легко это происходит при ингаляции ртутных паров. Абсорбция в желудке и кишечном тракте меченой ртутью ^{203}Hg была подробно исследована в человеческом организме, и для следовых доз неорганической ртути, полученных с пищей, составляет всего примерно 7 %… тогда как метилртуть CH_3Hg^+сорбируется человеческим организмом на 95 % независимо от того, получил ли он метилртуть с пищей или иным образом»[114]. Ртуть проникает в организм человека из окружающей среды, воды и пищи, при этом некоторые продукты накапливают ее особенно активно: «В некоторых продуктах может содержаться значительное количество соединений ртути, например, в морской рыбе, грибах и корнеплодах…»[115]. Вероятно, невозможность удаления ртути из организма, связанная с генетическими особенностями[116] или возрастными изменениями, играет решающую роль в патогенезе некоторых болезней. Например, у больных, умерших от дилятационной кардиомиопатии (болезни, поражающей молодых спортсменов; эта болезнь – одно из главных показаний для трансплантации сердца в наши дни), уровень содержания ртути в сердечной мышце в 22 000 раз

превосходил уровень содержания ртути в других тканях или в сердечной мышце больных, скончавшихся от иных форм сердечных заболеваний[117]. Есть сведения о вовлеченности ртути в развитие болезни Альцгеймера[118]. После смерти двенадцати детей в Бундаберге в 1928 г. (см. главу о дифтерии), причиной которой было названо заражение вакцины стафилококками, в 1930-х гг. ртуть начали использовать в качестве консерванта, т. е. вещества, защищающего биологические препараты от загрязнения микроорганизмами. Используется ртуть в виде неорганических солей. Одна и та же соль (этилртутьтиосалицилат натрия) в России называется мертиолятом, а в западноевропейских странах и США – тимеросалом или тиомерсалом. Введение в практику тимеросала не потребовало никаких серьезных клинических испытаний и иных проверок; фактически, серьезное исследование токсикологии ртути, содержащейся в вакцинах, началось лишь сравнительно недавно.

Новорожденный получает большое количество ртути от матери. Коллектив специалистов из консультативно-диагностической поликлиники Института токсикологии МЗ РФ в Санкт-Петербурге сообщает: «…Крайне важно учесть явление возрастания ртути в крови в последний триместр беременности… Если в крови матери содержание ртути доходит до 9,6 мкг/л, то в пуповинной крови, т. е. практически в крови новорожденного, эта величина может составить уже 21 мкг/л при том что в плаценте этот же показатель доходит до 37 мкг/л… Наши данные эпидемиологического обследования… показывают, что содержание ртути в крови беременных в последний триместр увеличивается в среднем в 3 раза. Достаточно высокое исходное содержание ртути в крови беременной женщины может оказывать токсическое действие как на женщину, так и на плод… Как известно из литературных данных… в крови плода (и новорожденного) ртути больше, чем в крови матери. По нашим данным это превышение составляет в среднем 2,53 раза»[119]. Авторы также пишут: «Превышение определенного порога поступления ртути в организм автоматически признается как наступление интоксикации. Так… приведена усредненная цифра недельного потребления ртути – 3,3 мкг/кг массы тела, при которой могут наступить неблагоприятные последствия для организма, тогда как по данным других авторов… эта величина равна 5 мкг/кг»[120]. А Исследовательский совет

Национальной академии наук США в 2000 г. в своем докладе «Токсическое действие метилртути», посвященном токсикологии вещества, очень близкого по всем параметрам этилртути, попадающей в организм из вакцин, сообщил, что в целом данные исследований на животных, включая приматов, показывают – развивающаяся нервная система является мишенью для воздействия низких доз метилртути. Исследования на животных показали влияние на когнитивные, моторные и сенсорные функции. Он также установил, что оральное поступление метилртути в объеме 0,1 мкг на килограмм массы человека является научно-обоснованным уровнем ПДК в целях охраны здоровья[121].

Посмотрим теперь, какое количество ртути получают с прививками младенцы. Учтем еще при этом, что «дети наиболее чувствительны к воздействию токсических веществ тиолового действия (к числу которых принадлежит ртуть. – *А.К.*) в силу существования критических периодов развития органов и систем, когда чувствительность к экзотоксиканту значительно повышается на фоне незрелости процессов аутодетоксикации… Существовавшие долгое время представления о том, что подпороговые концентрации ртути не вызывают заболеваний и безвредны для организма, не могут считаться сегодня правомерными…»[122]; учтем также, что «известно о сильном эмбриотоксическом действии ртути… т. е. для плода Hg более опасна, чем для взрослого организма… В перинатальный период организм (плод) более чувствителен к действию ртути… У детей, подвергшихся воздействию даже небольших доз ртути, о чем свидетельствует содержание этого токсиканта в моче… значительно увеличивается риск инфекционных заболеваний… снижен иммунитет…»[123]. Следует иметь также в виду следующие важные факторы. Для связывания и удаления ртути из крови нужна желчь, которая у младенцев вырабатывается в очень незначительном количестве. Способствует длительному нахождению ртути в организме и питание молоком, а также лечение антибиотиками, которые угнетают кишечную флору и еще более снижают выведение ртути[124]. Последние, как известно, педиатры бестрепетно выписывают при любой болезни, вызывая при этом иммуносупрессию, которая, в свою очередь, ведет к новым болезням и новым дозам антибиотиков. Таким образом, новорожденные попадают в порочный круг: они уже рождаются с высоким уровнем

ртути в организме (в несколько раз пропорционально их массе превышающим таковой в организме матери) и со склонностью вследствие этого к инфекциям. Немедленно на них обрушиваются прививки (первая, от гепатита B – уже через 12 часов после рождения, БЦЖ – на 3–5-й день), о подавлении иммунитета которыми мы говорили в главе «Прививки: основные проблемы». А в России, например, немалый процент младенцев, появляющихся на свет в роддомах, дополнительно страдает от внутрибольничных инфекций (вкратце об этом см. в главе о туберкулезе), против которых назначают антибиотики. Все это – исходно высокий уровень ртути, прививки, внутрибольничные инфекции, антибиотики – приводит к тому, что дети нездоровы буквально с первых часов жизни. Это один из возможных ответов на традиционный вопрос, почему у вроде бы здоровых родителей и после нормальной беременности ребенок постоянно болен.

Теперь определим, сколько ртути получает ребенок с вакцинами. Вес новорожденного – 2–3 кг, объем детской вакцины от гепатита B – 0,5 мл. В нем содержится примерно 25 мкг мертиолята (тимеросала), а в нем около 12,4 мкг этилртути. Прививка от гепатита B повторяется в 3 и 6 месяцев. Таким образом, только с прививкой от гепатита B младенец в первые полгода жизни получает около 37 мкг ртути. Согласно существующему российскому календарю прививок, в 3,4,5 и 6 месяцев младенцам делается прививка АКДС, каждая доза которой содержит около 50 мкг мертиолята и, соответственно, около 25 мкг ртути. Это плановые прививки, но есть еще и с разной степенью настойчивости рекомендуемые, которые родители должны покупать за свои деньги. К числу их относится прививка против гемофильной палочки. Читатели помнят, что, например, главный педиатр Москвы д-р Румянцев уверен, что в рамках семейного бюджета лучше тратить деньги на вакцины детям, чем на водку взрослым, а наиболее продвинутые родители, по Румянцеву, не только безропотно позволяют вкалывать в своих чад все запланированные вакцины, но и живо интересуются, нельзя ли порадовать ребенка новой прививкой. Некоторые вакцины (например, PedvaxHIB и Act-Hib) содержат или до последнего времени содержали[125] ртуть в том же количестве, что и АКДС. Прививка от гемофильной палочки приходится на 3, 4 и 5 месяцев жизни ребенка. Это еще 75 мкг ртути дополнительно.

Суммируем. Российский младенец в первые шесть месяцев жизни планово должен получить 37+75=112, а с рекомендациями – 37+75+75=187 мкг ртути. Это в добавление к той ртути, которую он получил от матери. Много это или мало? Вероятно – очень много, а для некоторых генетически предрасположенных детей – катастрофически и необратимо много. Если ориентироваться на ПДК в 0,1 мкг ртути на кг массы тела, установленный Исследовательским советом Национальной академии наук США, то суммарная доза прививочной ртути за первые полгода жизни превысит ПДК в несколько сот раз! Превышает поступление этилртути (по всем своим параметрам аналогичной метилртути, для которой делались расчеты[126]) и норму, установленную ВОЗ, – 9,43 мкг в сутки. Это, заметим, для ребенка 3–7 лет, а 12 часов назад появившийся на свет младенец получает 12,4 мкг. Примем во внимание и тот факт, что ртуть вводится парентерально, а системы детоксикации организма ребенка еще не функционируют должным образом. Ртуть в высокой степени липофильна, в составе мертиолята она проникает в липиды клеток мозга и задерживается там. Здесь еще раз необходимо отметить, что история с ртутью лишний раз доказывает, насколько мы все еще далеки от понимания некоторых аспектов токсикологии, лихо экспериментируя в то же время на младенцах. Например, все выводы относительно времени выведения ртути из организма долгое время делались на основании определения уровня ртути в крови и ее содержания в волосах. Так рождались успокоительные объяснения, что ртуть-де в организме долго не задерживается. Однако недавно выяснилось, что период полувыведения ртути из тканей мозга значительно превышает период полувыведения ртути из циркулирующей крови (в экспериментах на обезьянах это соотношение было установлено как 24 и 6,9 дня[127]), а низкое содержание ртути в волосах может свидетельствовать вовсе не о том, что ее на самом деле мало в организме, а о том, что организм в силу каких-то поломок или генетических особенностей не в состоянии ее быстро выводить. Того времени, что ртуть находится в мозге, вероятно, достаточно, чтобы у некоторых детей вызвать тяжелые нарушения, в частности – активацию микроглии, регистрируемую у больных аутизмом[128].

Пристальное внимание исследователей ртуть, содержащаяся в вакцинах, стала привлекать к себе в свете резкого роста заболеваемости

аутизмом (см. главу о кори), поскольку некоторые симптомы отравления ртутью и симптомы аутизма были разительно схожи. В ряде исследований это сходство было убедительно подтверждено, при этом не только на уровне наблюдаемых симптомов. Так, С. Бернар и соавт. сравнивали схожие биологические отклонения, часто выявляемые при аутизме, и соответствующие патологии, возникающие при отравлении ртутью. Было обнаружено явное сходство между аутизмом и отравлением ртутью в происходящих изменениях в биохимии организма, иммунной системе, структуре центральной нервной системы, нейрохимии и нейрофизиологии[129]. В опытах на мышах было показано, что тимеросал вызывает подавление иммунитета и аутоиммунные реакции[130].

Природу токсического влияния ртути и ее производных изучал проф. Бойд Хейли, заведующий кафедрой химии университета в Кентукки. Он установил, что тимеросал приводил к разрушению важного белка, называемого тубулином и формирующего структуру аксонов. Разрушение тубулина приводило к оголению нервных волокон, что характерно для болезни Альцгеймера. Он также определил, что алюминий является синергистом ртути – в присутствии алюминия в тот же период времени в культуре клеток нейронов погибало на 60 % больше, нежели под воздействием одного только тимеросала. На 20 % увеличивал токсичность тимеросала антибиотик неомицин, также содержащийся в некоторых вакцинах[131]. В другом исследовании было продемонстрировано, что тимеросал настолько токсичен, что даже в самых ничтожных концентрациях разрушает клеточную мембрану и ДНК, вызывая быструю гибель нейронов и фибробластов, в культурах клеток которых проводились опыты[132].

Точные механизмы поражения ртутью развивающегося мозга до конца не выяснены, однако интенсивные исследования в этом направлении ведутся. Так, коллектив исследователей из университета Джона Хопкинса заявил, что «обнаружение проводящего пути PI3-киназы/MAP-киназы/метионинсинтетазы и его сильного угнетения содержащимся в вакцинах мертиолятом дает возможное объяснение того, как рост используемых вакцин может приводить к росту заболеваемости аутизмом»[133]. Большой интерес вызывает гипотеза о том, что причиной отравления организма ртутью и последующего развития аутизма является генетически обусловленная нехватка

вещества, которое называется глутатион, связывающего и выводящего ртуть из клеток. Это было продемонстрировано в исследовании группы ученых из университета в Арканзасе[134].

Эпидемиологические данные также говорят в пользу связи между содержанием ртути в вакцинах и развитием аутизма. Проф. Дональд Миллер пишет в своей статье: «Исследования[135] показали, что существует прямая связь между увеличением количества поступающей с вакцинами ртути и аутизмом. В 1950 г., когда национальный календарь прививок содержал всего 4 прививки (от дифтерии, столбняка, коклюша и натуральной оспы), аутизм развивался всего *у одного ребенка из 10 000.* По мере появления новых вакцин против других болезней медицинские работники начали вводить детям все увеличивающиеся дозы ртути. Те, кто был рожден в 1981 г., получили 135 микрограммов ртути (в среднем), и регистрировался уже *один случай аутизма на 2600 детей,* рожденных в том году. С добавлением вакцины от гепатита B (вводимой в день появления на свет) и вакцины от гемофильной инфекции типа B дети, рожденные в 1996 г., получили с вакцинами уже 246 микрограммов ртути. Аутизм теперь регистрировался *у одного из каждых 350 детей.* На сегодняшний день медработники следуют календарю иммунизации, подготовленному Центром контроля заболеваний и утвержденному Американской академией педиатрии и Американской академией семейной медицины. Этот календарь включает в себя 13 вакцин, каждая из которых может вводиться серией из нескольких уколов. В общей сложности ребенку, прежде чем он достигнет возраста двух лет, когда завершается развитие мозга, 33 раза будет введена какая-либо вакцина. Аутизм сегодня поражает *одного из 100 мальчиков и одну из 400 девочек,* и каждый год врачи диагностируют *100 000 новых случаев этой болезни в США* по диагностическим критериям DSM-IV…»[136].

Обращает на себя внимание факт четырехкратно большей заболеваемости аутизмом мальчиков. Он также свидетельствует в пользу вовлеченности ртути: наиболее тяжело поражаются те зоны мозга, где высока концентрация рецепторов к мужскому половому гормону тестостерону, усиливающему нейротоксичность мертиолята, в то время как женский половой гормон эстроген снижает ее. Этот факт был доказан как с помощью визуализации метаболических процессов в мозге и его перфузии у детей, страдающих аутизмом[137], так и

исследованиями in vitro (продемонстрирована быстрая гибель нейронов от мертиолята в присутствии тестостерона и, наоборот, их сохранность в присутствии эстрогена)[138].

Американские вакцинаторы несколько лет назад провели собственное исследование, которое показало, что тимеросал связан с поведенческими нарушениями у детей. Оно было засекречено от публики, в печать отправилась отлакированная статья с фальшивыми данными[139], а отчет с истинными результатами, украшенный крупными надписями «Confidential» (секретно) и «Do not copy or release» (не копировать и не публиковать), стал известным лишь благодаря настойчивости публики и «Закону о свободе информации»[140]. Глава исследовательской группы Томас Верстраетен в лучших вакцинаторских традициях заявил в декларации, поданной в журнал вместе со статьей, что является работником Центра контроля заболеваний, хотя к тому времени он уже покинул его и работал на производителя вакцин, компанию «Глаксо Смит Клайн». Американский Институт медицины (ЮМ), о неблаговидной роли которого в решении некоторых проблем, относящихся к прививкам, мы еще не раз будем говорить в этой книге, заявил в 2001 г., изучив проблему связи ртути с нарушениями развития нервной системы, что хотя доказательств в пользу этой связи недостаточно, она возможна. Однако в 2004 г., когда таких доказательств накопилось уже изрядно, равно как и гипотез относительно возможных механизмов поражения ртутью нервной системы младенцев, Институт медицины, комитету экспертов которого, вероятно, разъяснили возможные последствия признания такой связи, внезапно в пику собственным рассуждениям и рекомендациям от 2001 г. о скорейшем изъятии ртути из вакцин заявил… что связи нет[141]. Этим он поставил в очень неловкое положение и Американскую академию педиатрии, выступившую в непривычной ей роли защитника детей, а не доходов своих членов, которая успела рекомендовать изъятие ртути из вакцин еще раньше, в 1999!

О проблеме мертиолята и его токсичности, а также о безрезультатной борьбе некоторых советских специалистов за его удаление из вакцин, подробно рассказывается в книге «Прививки: мифы и реальность» Г. П. Червонской, поэтому я буду краток. Если в США хотя бы для формы были проведены поспешные и бездоказательные исследования (в сентябре 1930 г. фармацевтическая

компания «Эли Лилли» спонсировала исследование «токсичности ртути для человека» на пациентах, которые умирали от менингококкового менингита, а потом в течение 60 лет ссылалась на эти исследования как на якобы имеющееся доказательство безопасности минимальных доз ртути), то в СССР не потребовалось даже этого. Г. П. Червонская цитирует ответ ст. н. с. лаборатории контроля АКДС ГИСКа Р. П. Чуприниной на вопрос «С какой целью вводится мертиолят в вакцину АКДС и ее модификации?»: «Для доинактивации коклюшного антигена, но лучше поинтересуйтесь у Захаровой М. С. – это она предложила мертиолят то ли в 1955, то ли в 1956 г. – как консервант, после приезда из-за рубежа с какой-то конференции»[142]. Легко можно поверить, что кто-то где-то услышал и предложил, и соль ртути безо всякой проверки, лишь на основании чужого бездумного опыта, немедленно была включена в состав вакцин. Никаких документов, свидетельствующих о проведенных испытаниях, насколько известно, вакцинаторы до сегодняшнего дня не представили. Примечательно, что статья о токсичности мертиолята в составе АКДС, поданная в «Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии» коллективом специалистов, среди которых были вирусологи, иммунологи и генетики, была отвергнута председателем Комитета вакцин и сывороток А. Сумароковым, а рукопись возвращена со следующим вполне советским резюме: «Статья содержит сведения, препятствующие публикации в открытой печати. Содержание статьи дискредитирует качество советских вакцин, и ее публикация может привести к созданию негативного отношения к проведению массовой иммунопрофилактики»[143]. Вот о чем главная забота – не о низком качестве вакцин, калечащих детей, а о возможном «негативном отношении к проведению массовой иммунопрофилактики»…[144].

Публикации в центральной прессе, начавшиеся в 1988–1989 гг., в которых рассказывалось о составе вакцин и о том, в каких условиях они в СССР производятся (инициатором многих таких публикаций была Г. П. Червонская), вызвали настоящую бурю возмущения, в первую очередь специалистов, которые прекрасно знали, что означают эти вещества для человеческого организма. Это возмущение хорошо было отражено в материалах Российского Национального комитета по биоэтике. Вот, например, что писал замдиректора по научной работе НИИ общей и коммунальной гигиены им. А. Н. Сысина АМН СССР, к.

м. н. Н. Н. Литвинов: «Устанавливать научно обоснованные безопасные регламенты… концентраций химических веществ, а тем более ртутных соединений, «разрешенных» 35 лет тому назад для парентерального введения грудным детям, – задача практически неразрешимая. Необходимо иметь очень серьезные обоснования, жизненные показания, чтобы разрешить многократное введение ребенку подобного дезинфектанта, ртутного пестицида. Кроме того, любые химические добавки, используемые в качестве консервантов, стабилизаторов, наполнителей и т. д., могут менять фармакокинетику основного вещества, в данном случае белков-антигенов, а следовательно, и их целенаправленное действие. Я, как специалист, считаю, что в сложившейся ситуации безо всяких промедлений должны быть представлены документы, доказывающие проведение специальных токсикологических исследований на отсутствие тератогенности, эмбриотоксичности, аллергизирующей активности, мутагенности и канцерогенности применяемой дозы мертиолята в вакцине АКДС: либо зарубежными фирмами, продающими нам этот пестицид, либо отечественными контролирующими учреждениями – Комитетом вакцин и сывороток или ГИСК им. Л. А. Тарасевича. Неужели вопрос изъятия ртутного вещества из препаратов, используемых с целью профилактики в детской практике здравоохранения, требует каких-то рассуждений, доказательств'?… Так ли необходимо использование комплексного препарата, каким является АКДС, в конце двадцатого века во всех регионах нашей страны, где иммунизация проводится по одной мерке, без учета климатических условий и, как известно, без индивидуального подхода к каждому ребенку и т. д.? Как учитываются шестнадцать противопоказаний, и кто их «успевает» определить? Признаться, я о них услышал и прочитал впервые. Как определяют повышенную чувствительность детей к ртутной соли и формальдегиду? Кому адресовать все эти вопросы по «допущенным», так называемым малым дозам, содержащимся в вакцине? Совершенно несостоятельны ссылки на ВОЗ – мол, ВОЗ требует определенного содержания этих веществ в АКДС. Это отговорка, рассчитанная на дилетанта. К тому же ВОЗ и ее комитеты не могут отвечать за принимаемые у нас в стране решения. Полностью проигнорированы отечественные специалисты и Фармкомитет СССР»[145].

А вот мнение токсиколога, к. м. н. д-ра Н. Н. Михайлова: «…Что собой представляет мертиолят? Это – ртутьорганическое соединение, иначе называемое этилртутьтиосалицилат натрия, относится к пестицидам. Кстати, в доступной отечественной литературе сведения о нем весьма скудны, он не зарегистрирован в нашей стране, и я не нашел данных о его глубоком токсикологическом изучении. Мельников Н. Н. в книге «Пестициды: химия, технология и применение», 1987, давая классификацию пестицидам, относит последний к бактерицидам, приводит ЛД50 – 40 мг/кг (вызывает 50 % гибель крыс в эксперименте), что позволяет отнести мертиолят по степени его опасности, предложенной ВОЗ, к очень опасным веществам. Это иллюстрирует и такой пример. В «Методических указаниях по применению физико-химических и химических методов контроля медицинских биологических препаратов», М., 1977, утвержденных МЗ СССР (Хлябич, Ковшило), где говорится о приготовлении стандарта, сказано о хранении мертиолята: «ЯД! с притертой пробкой в темном месте». Литературные данные свидетельствуют о том, что органические соединения ртути весьма токсичны для всего живого, могут поражать вегетативную нервную систему, вызывать иммунологические изменения. Однако мне не встретилось ни одного источника, где бы были отражены сведения по изучению этих отрицательных моментов относительно мертиолята. Вместо этого появились «допустимые» дозы его в медицинских иммунобиологических препаратах (МИБП) – вакцинно-сывороточных средствах, используемых для профилактики и лечения инфекционных заболеваний. Для справки: согласно утвержденному в нашей стране перечню допустимых количеств некоторых консервантов в пищевых продуктах, ртутьсодержащие исключены. А мы в плановом порядке вводим «крохотные дозы» этой соли грудным детям… Я пытался выяснить в свое время, есть ли статья в Государственной фармакопее СССР относительно мертиолята. Нет, в отечественной фармакопее его нет. Есть фундаментальный труд «Руководство по вакцинному и сывороточному делу» под редакцией академика Бургасова П. Н., где очень красиво говорится об основополагающих принципах контроля за качеством МИБП в СССР, который заключается в комплексе мероприятий, обеспечивающих поступление в практику здравоохранения полностью безопасных и эффективных средств специфической профилактики и лечения,

диагностики инфекционных заболеваний. В этом же руководстве на стр. 166 читаем: «…Должны быть безвредными, стерильными, содержать не более 0,01 % консерванта мертиолята… тиомерсал – 100±20 мкг/мл или не содержать консерванта, и иметь следовые количества формальдегида». А в нормативных документах: «должно содержаться 500 мкг/мл формальдегида». Но это не следы, а вполне ощутимое количество! Вообще, когда знакомишься с этим произведением, рассказывающим о том, как должно быть, возникает ощущение сплошных противоречий, многие из которых вызывают удивление: ну почему не обратиться к специалистам в своем отечестве? Ничего не говорится, например, о токсикологии химических веществ, допущенных в биопрепараты. Какие же они… биопрепараты? Совершенно безответственно констатируется факт того, что нечто «допущено» и «безвредно». А проверка такого «безвредно» прошла всего на 2–5 взрослых животных. Наблюдение проведено в течение 14 суток с момента введения препарата. Есть у меня такое подозрение, что так, как изучена АКДС, можно считать, что ее безопасность не проверена!»[146].

Приведу и слова биохимика, ст. н. с. Института иммунобиологии Минмедпрома к. б. н. В. Д. Кольцова: «Мертиолят – пестицид. Все пестициды токсичны. А мертиолят, к тому же, еще и относится к солям тяжелых металлов. Специалистам известно, что последствия одноразового контакта с малыми дозами подобных соединений непредсказуемы. И в данном случае дело не в дозе, а в индивидуальной чувствительности неокрепшего детского организма, да еще на фоне современного состояния окружающей среды, питания, воды и многого другого… Я – родитель двух детей, страдающих аллергией. По специальности биохимик. Не понаслышке мне известно, что такое формальдегид и ртутные соли. Конечно, вводить их парентерально любому ребенку – преступление, а детям, страдающим разными формами аллергии, – вдвойне опасно (а бывают, как известно, и смертельные исходы от введения АКДС). Ртутная соль может быть одной из причин… Уверен, если бы не публикации в центральной прессе, мы бы так и не знали, что вводят поголовно детям в нашей стране в составе так называемых «вакцин». Кстати говоря, в «Наставлении по применению АКДС» сказано, что инактивация (коклюшного токсина. – *А. К)* проводится либо формальдегидом, либо

мертиолятом. И вдруг узнаем, что они оба входят в состав многих вакцин. Кроме того, вряд ли педиатрам кто-то разъяснил, что мертиолят – ртутьсодержащая соль. Если бы это случилось, то многие бы, наверное, задумались. Отсутствие такой надписи на этикетке – прямое нарушение международных требований об указании в составе лекарственного средства соли ртути!.. Судя по содержанию возражений со стороны чиновников, можно сделать заключение о том, что им абсолютно неизвестны методы изучения безопасности инактивированных вакцин, в которые входят химические вещества… Мой отзыв продиктован чувством солидарности с теми специалистами, которые поднимают вопрос о проведении грамотного изучения безопасности вакцин, добавок, содержащихся в них, а также об индивидуальном подходе к ребенку. Качественная прививка – это а) безопасный препарат и б) качественный организм ребенка. И в этом нет никаких новостей. Реакция чиновников, мягко говоря, странная. Вместо того чтобы честно признать недостатки и некачественность АКДС, устранить их (или прекратить производство!), как это должно быть в случае действительной заботы о здоровье детей, они встают в позу незаслуженно оскорбленных. Но такая реакция может быть только у тех, кто либо недопонимает всю опасность своей деятельности (тогда им нечего делать ни в науке, ни в организации здравоохранения), либо осознает опасность препарата и теперь пытается уйти от ответственности, ошельмовав специалистов, сделавших это явным. Спасибо за обращение к правительству, за то, что нашлись специалисты, взявшие на себя смелость поднять этот очень многогранный вопрос, встав на защиту детей от «охранителей» нашего здоровья. Родители должны знать, что вводят их детям, отчего дети могут стать инвалидами на всю жизнь, и кто повинен в этом. Но есть ведь конкретный человек или группа людей, которые дали разрешение на применение ртутной соли в детских препаратах в нашей стране. Кто они?»[147].

Читатели догадаются, что все эти выступления, все заключения высококвалифицированных действительно независимых специалистов, которые не кормятся от прививочной кормушки, остались гласом вопиющего в пустыне. Никто и не подумал оправдываться или объяснять, кто, когда и на основании каких исследований позволил использование ртути в вакцинах, да еще на пару с формальдегидом, и

почему этот дикий абсурд продолжается. Для иллюстрации отношения «противной стороны» – вакцинаторов – приведу такой пример. В своей биографической книге советский разработчик вакцин В. Е. Жемчугов рассказывает, в частности, о совместном с компанией «Ледерле» проекте строительства завода по производству вакцин в Любучанах, где располагался его НИИ (на проекте поставил крест августовский путч 1991 г.): «В середине 80-х годов с подачи «Комсомолки» началась дикая кампания дискредитации вакцинации вообще, противодифтерийной вакцины в частности, и в целом отечественных вакцин. Нам, как профессионалам, смешно было читать, что «вакцина АКДС отравляет детей содержащимся в ней "мертиолятом натрия"»! Весь мир консервирует белковые препараты мертиолятом, доза ртути, попадающей в организм с вакциной, во много раз меньше той, которую получим, прогулявшись вдоль оживленной автотрассы! Печатному слову у нас верят всегда, а тогда верили в особенности, поэтому общественное мнение хотело импортных препаратов. Возникшая идея совместного производства детских вакцин была очень продуктивной для обеих сторон. Американцы получали дополнительный рынок сбыта колоссальных размеров; мы поднимались до уровня GMP (Good manufacturing practice. – *А. К.*) в производстве такого деликатного продукта, как живая вакцина, сохраняли коллектив, развивали науку»[148]. Интерес смешливых «профессионалов» вполне прозрачен, а внимание здесь привлекает их вопиющая некомпетентность, склонность искать виновных с помощью конспирологических теорий, бездумие, нежелание вникать в проблему, ни на чем не основанная самоуверенность и при этом кивание на «весь мир», опыт которого якобы дает индульгенцию ничего не контролировать и не проводить никаких собственных исследований безопасности препаратов, вводимых младенцам парентерально.

Заканчивая изложение фактов о ртути, я хотел бы процитировать вывод проф. Хейли о том, что определение «безопасного уровня ртути» – бессмыслица, поскольку токсичность поступающей в организм ртути зависит от множества факторов, таких как синергизм тяжелых металлов, диета, лечение антибиотиками, генетический фон и др., и что совершенно необходимо заняться скорейшим удалением ртути из биоматериалов и лекарств, что имеет огромное значение для здоровья людей[149].

Проблема наличия в вакцинах высокотоксичных веществ – одна из самых важных современной вакцинопрофилактики, однако в условиях фактической бесконтрольности производителей вакцин ждать ее решения в ближайшее время вряд ли представляется возможным.

О натуральной оспе и не только: с чего все начиналось

История прививок и прививочных мифов берет свое начало в истории прививок против натуральной оспы, поэтому я счел необходимым посвятить этой болезни целую главу[150]. Предполагается, что вирус натуральной оспы человека[151] появился за 10 тыс. лет до н. э., в силу неизвестных причин эволюционировав от сравнительно безобидного вируса животных, одомашненных человеком. Несмотря на все еще встречающееся не только в научно-популярной, но и в серьезной научной литературе утверждение, что натуральная оспа в качестве крайне опасного недуга известна человечеству уже много тысяч лет (некоторые энтузиасты даже готовы считать наличие непонятных шрамов на лицах нескольких мумий серьезным научным доказательством присутствия оспы в Древнем Египте), достоверных сведений о том, что эта болезнь серьезно беспокоила человеческое сообщество до начала новой эры, не имеется. Приводимые в качестве примеров некоторые эпидемии древнего мира (например, эпидемия, описанная Фукидидом, случившаяся в Афинах во время Пелопоннесской войны), а также упоминаемые в Библии были, вероятнее всего, эпидемиями чумы или тифа. Кроме скудости исторических источников и описаний, не позволяющих сделать однозначный вывод о природе встречавшихся тогда болезней, необходимо помнить и о том, что распространение натуральной оспы может поддерживаться лишь в достаточно больших и живущих скученно человеческих коллективах, каких в древности было совсем немного. Мы достоверно знаем, что в эпидемических масштабах натуральная оспа появилась в Китае в III в. н. э.; там же, вероятно впервые в истории человечества, начались и поиски средств для ее предотвращения. Из Китая оспа попала в Индию, а оттуда – на Ближний Восток, где она впервые стала известна в VI в. н. э. Внезапно появившись в войсках абиссинцев во время осады Мекки в 569 или 571 г., она заставила их снять осаду и оставить поле боя. Тот же путь (Китай – Индия – Ближний Восток), но значительно позже, проделал и метод инокуляции[152], или профилактического заражения посредством

внесения оспенного гноя, который практиковался в Поднебесной империи среди знати уже с X в. неким кланом профессиональных инокуляторов. Широкой публике этот метод стал известен только в XV в., а в XVII в. он уже был широко распространен среди китайцев. В Индии проведение инокуляций было обязанностью особой группы браминов[153] и являлось частью ритуала поклонения богине оспы Мате (так мыслилось смягчить ее нрав и спастись от заражения натуральной оспой).

Первое точное описание натуральной оспы было дано только в X в. знаменитым иранским ученым-энциклопедистом и врачом Рази (865–925 или 934), отметившим мягкий и довольно безопасный характер этой болезни. В Европу натуральная оспа попала с возвращающимися с Ближнего Востока крестоносцами и до самого конца XVI в. не представляла собой серьезной проблемы, будучи довольно доброкачественной болезнью младшего детского возраста[154]. Связано это было, очевидно, с преобладанием «мягкой» разновидности оспенного вируса, называющейся variola minor, дающей смертность менее 1 % и оставляющей печально известные оспенные рубцы в менее 5 % случаев. С конквистадорами оспа попадает в Америку, где в среде генетически весьма отличного от европейцев населения производит настоящие опустошения (впрочем, смертельными для коренного населения обеих Америк оказались и корь, и свинка). В конце XVI – начале XVII в. характер оспы в Европе изменился в худшую сторону, что было вызвано появлением на сцене другой, намного более опасной, вирулентной разновидности оспенного вируса – variola major, дающей смертность до 30 %. Начались оспенные эпидемии, уносившие все больше жертв, что и вызвало активные поиски средств предохранения от этой болезни в Европе. Детям надевали одежду больных мягкими формами оспы, в детские колыбели клали овечьи шкуры, пропитанные гноем из оспенных пузырьков. Устраивались и «оспенные вечеринки», на которые приводили не болевших оспой детей для того, чтобы они могли заразиться от больного мягкой формой и получить невосприимчивость к болезни. Здесь, однако, следует отметить, что натуральная оспа *не принадлежит* к числу тех болезней, перенесение которых обеспечивает пожизненный иммунитет, как это обычно бывает в случае кори, свинки или краснухи, но все же дает защиту на некоторое время от повторной атаки болезни. С Ближнего Востока

практика инокуляции попала в Османскую империю, и в конце XVII – начале XVIII в. этот метод стал известен европейцам. В самом конце 1717 или начале 1718 г. жена посла Англии в Константинополе, Мэри Уортли Монтегю (1689–1762), сама недавно перенесшая оспу в тяжелой форме и потерявшая из-за нее двадцатилетнего брата, решила подвергнуть процедуре инокуляции своего пятилетнего сына, а в 1721 г. – еще и маленькую дочь, уже в Англии. Эти процедуры закончились благополучно, и леди Монтегю обратилась к принцессе Уэльской, Каролине, предлагая ей тем же образом защитить ее детей и способствовать дальнейшему распространению инокуляций. Принцесса известила о своем намерении мужа, короля Георга I, а тот повелел провести дополнительный эксперимент. Шести заключенным Ньюгетской тюрьмы, приговоренным к смерти, было предложено помилование взамен на согласие участвовать в эксперименте. Всем шести была инокулирована натуральная оспа. Пятеро заболели легкой формой болезни, а еще у одного, ранее предположительно перенесшего оспу, никакой реакции не последовало вообще. Эксперимент был расширен за счет пяти младенцев – сирот в возрасте от пяти до четырнадцати недель[155]. Его результаты также были сочтены успешными, и тогда принцесса Уэльская решилась инокулировать двух своих дочерей. И здесь все прошло гладко. Однако уже осенью того же 1721 г. последовало несколько смертей инокулированных от привнесенной им натуральной оспы и, кроме того, умерли несколько человек, заразившихся оспой от инокулированных. Мода на инокуляции, так и не установившись, к концу 1720-х годов полностью исчезла – как вследствие очевидной опасности оспы для инокулированных и для контактировавших с ними, так и вследствие сомнительной пользы самой процедуры (были зарегистрированы случаи, когда вроде бы успешно инокулированные позднее заболевали оспой, причем в самой тяжелой форме). Оживление инокуляционной практики пришлось на начало 1740-х гг., когда появились новые, более безопасные, методы инокуляции. Гной для инокуляции брали теперь не из пустул *больного оспой,* а из пустул, образующихся у *здорового привитого.* Впоследствии усовершенствовали и этот метод – брали уже даже не гной из созревшей пустулы, а лишь воспалительный экссудат в самом начале формирования пустулы. Этот метод был назван по имени предложившего его английского инокулятора Даниэля Саттона (1735–

1819). Хотя защитные свойства этой процедуры также вызывали очень большие сомнения, она стала намного более безопасной. Уменьшилось количество как пострадавших инокулированных, так и заразившихся от них.

В 1768 г. российская императрица Екатерина II, панически боявшаяся оспы, поручила президенту Медицинской коллегии барону А. Черкасову (1730–1788) найти инокулятора для нее и наследника престола. Тот пригласил Томаса Димсдэйла[156] (1712–1800), незадолго до того ставшего учеником и последователем Саттона, и Димсдэйл сделал инокуляции по Саттону ей и ее сыну Павлу, за что был пожалован титулом барона, 10 000 фунтов стерлингов на месте и еще 500 фунтами ежегодной ренты (вернувшись в Англию, разбогатевший инокулятор стал банкиром в Корнхилле). Своим указом Екатерина учредила в Санкт-Петербурге Оспенный дом и объявила инокуляции обязательными. Насилие, сопровождавшее инокуляции, и эпидемии, за ними следовавшие, становились причиной крестьянских «оспенных» бунтов, беспощадно властями подавлявшихся. Несмотря на активную пропаганду инокуляций (в 1754 г. Королевская коллегия врачей Британии даже объявила их «великой пользой для человеческой расы»), большого влияния на оспенные эпидемии инокуляции не оказали. Число инокулированных оставалось сравнительно небольшим, а регулярно вспыхивавшие вслед за инокуляциями эпидемии (не говоря обо все же отмечавшихся, несмотря на все предосторожности, случаях заболевания и смерти инокулированных) ставили под большой вопрос целесообразность этого мероприятия. После смерти нескольких высокопоставленных особ, в 1762 г. инокуляции были запрещены в Париже. К концу XVIII в. инокуляции стали приходить в упадок уже повсеместно.

В это время на сцене появилось новое действующее лицо – английский хирург и аптекарь Эдвард Дженнер (1749–1823) из местечка Беркли в графстве Глостершир. Ранее с помощью личных связей и весьма сомнительной по качеству научной работы, посвященной жизни кукушек, куда он вставил выдумки своего юного племянника Генри, которому поручил вести наблюдения (и поэтому был вынужден ее срочно отзывать и переделывать), он приобрел титул FRS (член Королевского общества). Несколькими годами позднее за 15 гиней и два рекомендательных письма от друзей он купил себе титул MD

(доктор медицины) в шотландском университете Сент-Эндрюс. Сам Дженнер никогда не изучал медицины в рамках академических учреждений, а право на работу хирургом он получил после обучения сначала у местного деревенского хирурга по фамилии Людлоу, а потом у видного лондонского хирурга и естествоиспытателя Джона Хантера (1728–1793). Где-то в конце 1780-х гг. до Дженнера дошли бродившие по соседнему Дорсетширу слухи о том, что болезнь, именуемая коровьей оспой, способна защитить от оспы натуральной. В 1777 г. дорсетширский фермер Бенджамин Джасти (ок. 1736–1816) внес швейной иглой содержимое пузыря коровьей оспы двум своим детям и жене, для которой позднее пришлось вызывать врача, чтобы ликвидировать последствия этой «профилактики». Дженнер попытался выяснить у коллег, соответствуют ли действительности слухи о такой защите от оспы. По имеющимся сегодня в распоряжении историков сведениям, он получил однозначный ответ, как от врачей, так и от ветеринаров, знакомых с этой болезнью, что «защита» – обычная сельская выдумка, за которой не стоит ничего серьезного. Коровьей оспой называлась тогда болезнь сосков коровьего вымени, возникавшая в период лактации, обычно весной или летом, как правило при грубом доении коров. Ее не бывало ни у быков, ни у телят, ни у телок. При ней возникали крупные пузыри (пустулы), позднее наполнявшиеся гноем, причинявшие животным немало беспокойства и приводившие к снижению удоя. При контакте с пустулами коровьей оспы болезнь могла перейти на руку дояра или доярки, приводя сначала к образованию аналогичных пустул, а потом упорных изъязвлений, требовавших лечения. Эту болезнь, как сообщили Дженнеру его коллеги, с человеческой натуральной оспой не роднило ничего, кроме названия (которое, вероятно, и стало причиной появления слуха) да очень отдаленного сходства высыпаний на везикулярной стадии. Однако, получив такие ответы, Дженнер ничуть не успокоился. Не имея в своем распоряжении коровьей оспы (далее мы еще будем говорить о крайней редкости этой болезни), в 1789 г. он внес под кожу своего полуторагодовалого сына гной из пузырька на шкуре свиньи (Дженнер считал, что это свиная оспа), а потом инокулировал его последовательно пять раз, убедившись (с его собственных слов), что инокуляция «не берется». Возможно, вся эта история закончилась бы благополучно, не повтори Дженнер инокуляцию через два года.

Развилось сильное рожистое воспаление руки, потребовавшее самого энергичного лечения. Хотя ребенок от рожистого воспаления излечился, после этого случая он превратился в хилое болезненное существо, страдавшее умственной отсталостью. В возрасте 21 года он умер от туберкулеза.

Для Дженнера, опубликовавшего позднее, в 1801 г., свою очередную выдумку, что он занимается проблемой коровьей оспы без малого 25 лет[157], не составило бы никакого труда набрать богатую коллекцию сообщений о том, что некогда болевшие коровьей оспой позднее заболевали оспой натуральной или что попытка их инокулировать приводила к абсолютно тем же результатам, что и у тех, кто коровьей оспой никогда не болел. Однако он отыскал двенадцать случаев, когда перенесшие (по их собственным словам) много лет назад коровью оспу позднее оказывались нечувствительными к инокуляции или не заражались натуральной оспой во время очередной ее вспышки. Кроме того, 14 мая 1796 г. он провел эксперимент над другим ребенком, на этот раз чужим. Несколькими надрезами ланцетом он в присутствии свидетелей внес под кожу восьмилетнему Джеймсу Фиппсу, сыну своего садовника, содержимое пустулы с руки доярки Сары Нельмс, заразившейся коровьей оспой. Эта первая ставшая широко известной прививка осталась, со слов Дженнера, без серьезных последствий[158], а шестью неделями позднее он ребенка инокулировал. Несмотря на то, что на самом деле Дженнер получил у него *абсолютно все, что получается при стандартной инокуляции по Саттону* (несколько пустул, вслед за которыми последовала короткая лихорадка), он почему-то решил, что инокуляция *не удалась* и это подтверждает его предположение, что коровья оспа защищает от оспы натуральной. Научный багаж в 12 наблюдений и один эксперимент над Фиппсом[159] были представлены в статье, отправленной Дженнером в Королевское общество, ранее поместившее в своих трудах дженнеровскую статью о кукушках. На этот раз, однако, в публикации ему было отказано, так как принять столь убогий материал без риска стать предметом осмеяния было очевидно невозможно, хотя Дженнер и имел многолетние личные связи с президентом и секретарем общества[160].

Дженнер вынужден был примириться с временной неудачей. В 1798 г. он продолжил свои опыты. Теперь он начал экспериментировать с гноем, выделявшимся из воспаленной лошадиной бабки при болезни,

называемой лошадиным мокрецом. Дженнер считал, что именно этот материал, переносимый руками конюхов на коровье вымя, и является источником настоящей коровьей оспы. Первый же объект его экспериментов – пятилетний мальчик по имени Джон Бейкер, которому Дженнер 16 марта 1798 г. внес жидкость из язвы на руке конюха, заразившегося лошадиным мокрецом, умер от сепсиса, вызванного инфицированным материалом[161]. Кроме него, Дженнер заразил лошадиным мокрецом еще нескольких детей, некоторым из них потребовалось серьезное лечение из-за упорных гноящихся язв. Нимало не озаботясь их судьбой и даже не пытаясь их инокулировать и проверить, имеется ли какая-либо «защита», 24 апреля 1798 г. Дженнер отправился в Лондон публиковать сенсационные результаты. Там он за свой счет в конце июня того же года выпустил брошюру «Исследование причин и действия Variolae Vaccinae, болезни, обнаруженной в некоторых западных графствах Англии, в частности Глостершире, и известной как коровья оспа», содержавшую самые невероятные выдумки. Так, например, он утверждал, что коровья оспа, перенесение которой не дает никакой гарантии от повторного заболевания ею самой, в то же время защищает *на всю жизнь* от натуральной оспы. Ничего подобного история медицины никогда не знала и, разумеется, знать не будет, так как это противоречит всякой логике. Десяток «не взявшихся» инокуляций, сделанных им пожилым конюхам, по их собственным словам перенесшим в детстве коровью оспу, плюс история с «бедным Фиппсом» были представлены им как лучшее доказательство защитной, силы последней.

Последовавшие вслед за этим события, не менее фантастические, нежели утверждения Дженнера, навсегда останутся лучшим свидетельством того, что коты – последние, кому должно поручать охрану сметаны. Многие врачи и хирурги увидели в предложенном Дженнером прививочном бизнесе источник фантастического личного обогащения. В свете растущей критики со стороны тех немногих врачей и ветеринаров, которые либо были знакомы с обсуждаемым предметом несравнимо лучше Дженнера, либо решили сами проверить справедливость дженнеровских заявлений и обнаружили, что за ними не стоит ничего серьезного, 36 ведущих врачей и хирургов Лондона 19 июля 1800 г. опубликовали в «Морнинг геральд» свое заявление, в котором торжественно провозглашали, что раз перенесший коровью

оспу становится отлично защищенным (perfectly secured) от натуральной оспы и что коровья оспа – намного более мягкая болезнь, чем инокулированная натуральная оспа. В январе 1801 г. под этим заявлением добавилось еще 30 подписей. Аналогичные заявления были сделаны медиками Йорка, Лидса, Честера, Дарема, Ипсвича, Оксфорда и других крупных городов. На теоретическом же уровне Дженнером, который не мог не видеть, что ни коровья оспа, ни лошадиный мокрец, ни иной полученный от животных гной не в состоянии защитить от натуральной оспы, было предложено следующее поистине гениальное по своей простоте объяснение. Во второй своей статье «Дальнейшие наблюдения за Variola Vaccinae или коровьей оспой» (1799) Дженнер объявил, что существует два типа коровьей оспы – истинная и ложная. Истинная – это та, после прививки которой у пациента нет отвратительных гноящихся язв, и он не заболевает натуральной оспой. В противном случае прививка делалась ложной коровьей оспой. Разумеется, ни единого намека на то, как же следует различать эти оспы-близнецы, Дженнер не дал – ни в тот момент, ни когда-либо позднее. Примером похожей аргументации может служить проверка ядовитости грибов: съел и не отравился – значит, были неядовитые, съел и отравился – ядовитые… Очередное дженнеровское открытие было принято с неменьшим энтузиазмом. Теперь любой случай (а таких было без счета) заболевания натуральной оспой уже получивших «спасительную прививку» можно было преспокойно списать на ложность коровьей оспы.

Хотя кроме в высшей степени сомнительных результатов, полученных при инокуляциях ранее привитых коровьей оспой, никакого серьезного доказательства пресловутой защитной силы не имелось (и вообще реальным испытанием могло быть лишь состояние здоровья «спасенного» коровьей оспой после несомненного контакта с инфекцией, а не инокуляционные тесты[162]), на Дженнера посыпались почести. Он был избран почетным членом нескольких научных академий (о чем предусмотрительно позаботился сам, рассылая свои статьи и свидетельства наличия у него MD и FRS по европейским университетам, чтобы те знали, с какой видной личностью они имеют дело), и отовсюду неслись похвалы и выражения восхищения таким замечательным открытием. Не осталась в стороне от новомодного увлечения и Россия. Первым из русских врачей прививку коровьей

оспы сделал в 1801 г. известный русский хирург, анатом и физиолог д-р Е. О. Мухин (1766–1850)[163]. Как читатели уже могут догадаться, объектом для эксперимента был избран воспитанник приюта, а именно московского Воспитательного дома, которого звали Антон Петров. После прививки он, по именному распоряжению императора Александра I, получил фамилию Вакцинов. Продолжил дело прививания коровьей оспы в России другой видный медик, хирург Ф. А. Гильтебрандт (1773–1845), уже в 1802 г. успевший выпустить свой хвалебный опус на злобу дня – «О прививании коровьей оспы». Приводя это лишь как факт, замечу, что абсурдна даже мысль о том, чтобы в 1802 г., практикуя прививки в России лишь в течение года, можно было убедиться в их спасительной силе. Убедиться можно было разве что в обратном!

Прививки инфицированной жидкости из гноящихся язв на коровьем вымени как чума распространялись по миру. Мы до сих пор не знаем, и теперь уже вряд ли когда-либо узнаем, чем же именно Дженнер и его последователи прививали своих пациентов в конце XVIII – начале XIX в. Коровья оспа была редкой болезнью, глицерин как материал, предотвращающий разложение прививочной лимфы, появился лишь во второй половине XIX в., а определение наличия или отсутствия вируса в вакцинах вообще стало возможным лишь к концу первой трети XX в., когда оспа перестала быть серьезной проблемой развитых стран. Практически в течение всего XIX в. прививаемое вещество переносилось «от руки к руке», как делал сам Дженнер с коровьей оспой и лошадиным мокрецом. А поскольку первые поставленные на широкую ногу опыты с прививками проводились под руководством д-ра Вильяма Вудвиля (1752–1805) в возглавляемом им Лондонском инокуляционном госпитале, переполненном больными натуральной оспой, то весьма небезосновательны предположения о том, что расходившийся из этого госпиталя материал был инфицирован вирусом самой настоящей натуральной оспы[164]. Прекрасный пример в подтверждение этого – вспышка оспы в 1800 г. в американском городке Марблхеде неподалеку от Бостона, куда доктор Бенджамин Уотерхауз (1754–1846), первый профессор медицины в США, которого называют «американским Дженнером», привез «чудесную лимфу» из вышеупомянутого госпиталя. По ходу дела отмечу, что никогда больше в зараженном им оспой Марблхеде добрый доктор Уотерхауз не

появлялся, не без оснований опасаясь за собственную безопасность, в чем он и сам признавался в письмах собратьям по вакцинаторской гильдии. Фактически прививки лимфой из этого госпиталя были не чем иным как обыкновенными *инокуляциями.* «Американского Дженнера» вся эта история, впрочем, ничуть не смутила – не отказываться же из-за какой-то эпидемии от такого бизнеса! В августе 1802 г. он взял девятнадцать сирот из бостонского приюта (разумеется, откуда же еще брать легкодоступный человеческий материал?) и привил их тем, что сам именовал материалом коровьей оспы. После этого двенадцать из них он инокулировал, причем не по Саттону, а по старому методу, активным гноем из пустулы настоящего больного. Ни у кого инокуляция не «взялась». Для сравнения он взял двух других приютских питомцев, которые раньше не болели натуральной оспой и не были им привиты, и инокулировал их тем же гноем. К восторгу Уотерхауза, оба ребенка заболели самой настоящей натуральной оспой, причем в тяжелой форме. Из их оспенных пустул он взял гной и инокулировал им все тех же девятнадцать детей. Для чистоты эксперимента он и поселил всех вместе на двадцать дней – и больных, и здоровых «защищенных». Поскольку никто из девятнадцати оспой не заболел, Уотерхауз заявил, что он единственный во всей Америке располагает «настоящей, истинной спасительной» лимфой коровьей оспы, яростно нападая на других прививочных дельцов, также пытавшихся зарабатывать на прививках коровьей оспы. Несомненно, Уотерхауз был куда последовательнее Дженнера в своих экспериментах и неприкрытом алчном стремлении к наживе.

Никакие примеры параллельно регистрировавшихся прививочных неудач и тяжелых осложнений от прививок не могли уже остановить волну слепого восторга. Наконец-то найдено спасительное средство от истерзавшей человечество напасти! В некоторых странах испытания прививок были чистой проформой (десяток привитых и позднее инокулированных), а в других, например в Дании, прививки бесхитростно рекомендовались… «на основании опыта Англии». Сам Дженнер, не теряя времени, в 1802 г. обратился в парламент с петицией, в которой потребовал вознаградить его за открытие средства, *обеспечивающего пожизненную невосприимчивость к натуральной оспе.* Для рассмотрения петиции Дженнера был создан специальный парламентский комитет. Не ожидавший такого поворота событий

Дженнер собирался уже отозвать свою петицию, но возглавить комитет вполне предусмотрительно поручили адмиралу Беркли, одному из парламентариев от Глостершира, личному другу своего земляка Дженнера. Беркли уверил Дженнера, что все будет в полном порядке. Хотя перед комитетом свидетельствовали также хирург Бирч и доктора Роули и Мозли, доказывавшие всю абсурдность доказательной базы «открытия» и приводившие примеры полного провала прививания коровьей оспы, к ним никто не прислушался. Все, что свидетельствовало против утверждений Дженнера, было списано на ложную коровью оспу, а все, что в их пользу, – приписано истинной. Перед комитетом появились врачи, засвидетельствовавшие, что дженнеровские прививки действительно защищают от натуральной оспы и не менее, чем на всю жизнь, и что Дженнер мог бы сколотить приличное состояние, если бы сохранил свое открытие в тайне. Комитет, состоявший из полных профанов в науке, отрапортовал в парламент, что «как только новая инокуляция станет всеобщей, она должна полностью уничтожить одну из самых пагубных болезней, когда-либо посещавших человечество». Дженнер получил 10 тыс. фунтов стерлингов (около 2 млн в нынешних деньгах).

Хотя наиболее горячие последователи Дженнера уже предлагали сжигать оспенные госпитали за ненадобностью, начавшаяся в 1804 г. очередная вспышка оспы, захватившая также Шотландию и Уэльс, обратила очень мало внимания на чудесное и хорошо оплаченное дженнеровское открытие, успешно поражая как «защищенных» коровьей оспой (в том числе и тех, кого прививал сам Дженнер, уверяя, что делает это материалом истинной коровьей оспы), так и незащищенных. Эта эпидемия дала основание противникам прививок для новых атак на Дженнера. Засомневалась печать. Оживились и приунывшие было инокуляторы во главе с Саттоном. Все шло к тому, что судьбу дженнеровского «открытия» ждет полный крах.

Но Дженнер и здесь не растерялся. Его фантастическая изворотливость уступала разве лишь его алчности. Он обратился к своему доброму знакомому, молодому лорду Генри Петти (1780–1863), будущему лорду Лэнсдауну, который обещал ему свою помощь. Королевская коллегия врачей декларациями многих своих ведущих представителей в 1800–1801 гг. и парламент премированием Дженнера в 1802 г. уже успели накрепко привязать себя к язвам на коровьем

вымени и не могли теперь свернуть с выбранного пути без опасения сделаться посмешищем. Петти бросил спасательный круг врачам, а те вытащили парламент. В июле 1806 г. Петти, ставший министром финансов, отправил королю запрос, в котором просил монарха разобраться, почему прививки *так медленно* распространяются в стране. Разумеется, «разбираться» с этим вопросом было поручено врачам, которые прекрасно поняли содержавшийся в запросе намек: государство готово было финансировать этот проект. Королевская коллегия врачей создала комитет, пожертвовавший малым во имя спасения главного. В отчете комитета, увидевшем свет в 1807 г., было объявлено, к вящему возмущению Дженнера, что коровья оспа все-таки не спасает на всю жизнь от оспы натуральной. Вакцинации следовало повторять (что для тех, кто ими занимается, было, разумеется, еще лучше)[165]. Дженнеровские рассуждения о двух коровьих оспах были признаны лжеучением, но сама доктрина о спасительной коровьей оспе – верной. От парламента Дженнер получил еще 20 тыс. фунтов стерлингов. Дженнеру также дали пост почетного директора Национального прививочного института, созданного в 1808 г. для перекачки государственных денег в карманы медиков, и велели больше ни о чем не беспокоиться. Глупость и высокомерие Дженнера, лишь множившие ряды противников прививок, делали дальнейшее пребывание в Лондоне «благодетеля всего человечества» нежелательным[166], но намек Дженнер понял лишь тогда, когда все до единой кандидатуры, предложенные им на исполнительные должности института, были отвергнуты. Он подал в отставку, которая была немедленно и охотно принята; ему искренне пожелали счастливого пути на родину[167]. В Лондоне «спаситель» появился лишь еще один раз, в 1814 г., чтобы удостоиться похвалы высокопоставленных персон из числа союзников, праздновавших победу над Наполеоном и реставрацию Бурбонов. Раскрыла ему свои объятия и Россия: «По окончании наполеоновских войн Дженнер в 1814 г. посетил Россию и был представлен Великой княгине Елене Павловне и императору Александру I, который сказал ему: «Доктор Дженнер, Вы должны быть очень счастливы: сознание добра, сделанного Вами человечеству, должно быть для Вас источником неисчерпаемого наслаждения, и мне приятно слышать, что Вы снискали себе благодарность, похвалу и воздаяние от людей»[168]. В январе 1823 г. Дженнер умер от удара в

своем Беркли, уже почти никем не вспоминаемый. Мавр сделал свое дело, создав чудесный источник для обогащения медицинского сословия, и мог теперь спокойно уйти в лучший мир. Прививки теперь были поставлены на службу всей профессии.

Самым досадным для сторонников прививок во время всей этой активной возни вокруг создававшихся в начале XIX в. прививочных кормушек (в виде финансируемых государством организаций и частных оспопрививательных бизнесов) было, однако, то, что натуральная оспа упорно не обращала на научно обоснованную борьбу с собой прививками ни малейшего внимания. Вакцинаторы богатели, а вспышка следовала за вспышкой и эпидемия за эпидемией. Публика, увидевшая всю бесполезность прививок (которые уже превозносились не только как защитное средство от оспы, но и как спасение вообще от всех болезней[169]), начала потихоньку возвращаться к старым добрым и чуть было не забытым в начале XIX в. инокуляциям. Уже к 1813 г. возродившаяся инокуляционная практика приобрела такие размеры, что врачи пытались запретить ее с помощью парламента, но попытка оказалась неудачной – законопроект был провален. Прививки не помогали, инокуляций становилось все больше, и к концу 1830-х гг. они уже составляли очевидную конкуренцию прививкам коровьей оспы. Это не могло оставить безучастными вакцинаторов, реноме и доходы которых могли оказаться под угрозой. Ситуация в парламенте изменилась в пользу сторонников прививок, и «Союз меча и орала» – государства и врачей – обратился против невежественной публики и ее невежественных привычек. Уже известный нам Генри Петти, лорд Лэнсдаун, внес в 1840 г. в палату лордов законопроект от имени Медицинской ассоциации, предлагавший запретить инокуляции, так как: 1) те сами являются источниками распространения инфекции; 2) есть лучшее, более надежное и безопасное средство против натуральной оспы, а именно прививки оспы коровьей. Помимо прочего высоконаучной ассоциацией было заявлено, что существует «полное сходство между коровьей и натуральной оспой, хотя их симптомы различны», но даже эта откровенная глупость не вызвала при обсуждении в парламенте никакой реакции (что служит лучшим доказательством того, насколько глубоко парламентарии хотели вникнуть в обсуждаемый вопрос). И медики, и законодатели были едины между собой в том, что коровья оспа – благо и спасение, а от

инокуляций (как указывалось выше, в 1754 г. провозглашенных Королевской коллегией врачей «великой пользой для человеческой расы») сплошной вред. Не откладывая дела в долгий ящик, в том же 1840 г. законодатели приняли закон, согласно которому проведение инокуляции каралось месячным тюремным заключением. Государство согласилось бесплатно финансировать прививки младенцам. Показательно, что это была *первая* бесплатная медицинская процедура в Британии в государственном масштабе. Хотя были и честные врачи, видевшие всю абсурдность существующего положения вещей, стремительно набирающее вес и состояние медицинское сообщество было почти едино в своей проприививочной позиции[170].

Все это было хорошо, но так как запрещение инокуляции само по себе не предусматривало непременного обращения к альтернативному «более надежному и безопасному средству», то следовало устранить и этот досадный недочет, сделав прививки обязательными. Медиков становилось все больше, а натуральной оспы не убавлялось, несмотря на все прививки, и конечно же было бы обидно упустить такую простую и очевидную статью дохода. В 1853 г. лорд Литтльтон по невинной подсказке парочки скромных докторов Ситона и Марсона из созданного в 1850 г. Эпидемиологического общества внес частный законопроект, предлагавший сделать прививки младенцам обязательными. На этот раз не потребовалось даже обсуждения – ни общественного, ни парламентского. Вслед за немецкими государствами, принявшими аналогичное решение раньше (Бавария самой первой в мире, еще в 1807 г.), Британия легко сделалась страной, законодательно повелевшей своим гражданам становиться участниками эксперимента по прививанию болезни, о природе и долгосрочных последствиях которой никто не имел ни малейшего представления, а все ее фантастические успехи в деле предотвращения другой болезни были чистейшей демагогией, не выдерживавшей минимально объективной научной проверки. Не будь в это дело замешаны огромные деньги – связанные с изготовлением и «контролем качества» прививочных лимф, прививанием пациентов и их осмотром до и после этой процедуры, лечением считавшихся неизбежными осложнений прививок, самым мягким из которых было воспаление места прививки, – дженнеровские фантазии привлекли бы не больше внимания, чем появившиеся в той же Англии незадолго до его

сочинений «научные исследования» о тотальном омоложении организма с помощью переливания крови[171] (при этом за добрых сто с лишним лет до открытия Карлом Ландштейнером в 1901 г. групп крови, так что читатели легко сделают вывод о ценности и безопасности подобных наблюдений и экспериментов).

К разочарованию вакцинаторов, публика, однако, вновь не выказала массового желания ни самой спасаться коровьей оспой от оспы натуральной, ни спасать таким образом своих детей. Неблагоприятные последствия прививок для здоровья и неспособность прививок защищать от оспы были слишком очевидны[172]. Учитывая, что прививки традиционно делались по способу «от руки к руке», они, помимо прочих приносимых ими неприятностей, были еще и превосходным средством передачи сифилиса, туберкулеза и даже проказы[173]. Хотя процент прививавшихся и прививавших своих детей увеличился, до необходимого вакцинаторам «охвата» было еще далеко. Кроме того, хотя закон и требовал обязательного прививания всех младенцев в возрасте до трех месяцев и предусматривал наказание за невыполнение этого требования, он не обеспечивал четкого механизма применения санкций. Потребовались время и новый закон, назначавший ответственных за кары и дававший им соответствующие полномочия. Такой закон без лишних хлопот провели через парламент в 1867 г. Теперь каждый младенец до трехмесячного возраста и каждый ранее не привитый ребенок в возрасте до 14 лет обязаны были получить прививку под страхом штрафа родителей либо тюремного заключения в случае несостоятельности последних или их отказа платить штраф. Ни уплата штрафа, ни даже отсидка в тюрьме, впрочем, обязательности прививки не отменяли. Родителей могли штрафовать (согласно закону, во все возрастающих размерах) и сажать в тюрьму неограниченное количество раз. Родители также не имели права отказаться от превращения своего ребенка в донора вакцины: по первому требованию они должны были позволить вакцинатору взять материал из образовавшейся после прививки пустулы для прививок другим детям. Разумеется, вакцинировались и ревакцинировались все находившиеся на государственной службе – полиция, армия и флот, работники железнодорожного транспорта, – все должны были быть привиты и через определенный промежуток времени ревакцинированы. Тотально всех прививали в тюрьмах, приютах и при угрозе эпидемии в обычных

школах, вообще не информируя родителей и требуя лишь оплатить счет по сделанной процедуре. В борьбу рабочих за право на отказ от прививок (даже перед угрозой локаута) нередко приходилось вмешиваться тред-юнионам[174].

Закон 1867 г. стал последней каплей в чаше общественного терпения. В том же году гомеопатом Ричардом Батлером Гиббсом была создана Лига против обязательных прививок (Anti-Compulsory Vaccination League), которая открыла множество своих отделений в разных городах. Именно эти отделения стали в 1870-х гг. ядром борьбы с насильственными прививками в Англии. Священник Вильям Хьюм-Ротери и его жена Мэри создали в 1874 г. в Челтнеме Национальную лигу против обязательных прививок, поощрявшую гражданское неповиновение и «прививочное мученичество» (отказываться платить штрафы и идти ради своих убеждений в тюрьму). Шесть взбунтовавшихся членов попечительского совета в Кейли, от которых требовалось применить санкции против непокорных граждан, не желающих рисковать здоровьем своих детей ради заработка вакцинаторов, заявили, что они поддерживают Хьюма-Ротери, и отказались расправляться с горожанами, за что были отправлены в тюрьму в Лидсе. Их провожали три тысячи друзей и знакомых. Власти, почувствовавшие, что в этот раз они явно переборщили, поспешили уладить это дело, и узников вскоре освободили. Во всех городах и весях, через которые они возвращались домой, их встречали праздничные демонстрации, организованные местными филиалами лиги Хьюма-Ротери.

В 1879 г. коммерсант Вильям Тебб (1830–1917) начал издавать быстро приобретший большую популярность журнал, название которого можно условно перевести как «Вопрошающий о прививках» (Vaccination Inquirer). Первым редактором стал книготорговец Вильям Байт, а после его смерти в 1885 г. этот пост занял Альфред Милнз (все – квакеры). В 1880 г. неутомимый Тебб, за два года до того посетивший США и создавший там антипрививочную лигу, основал Лондонское общество за отмену обязательных прививок (London Society for the Abolition of Compulsory Vaccination). Если лига Гиббса вела в основном работу в провинции, то созданное Теббом общество сконцентрировалось на лоббировании отмены закона 1867 г. в парламенте. В 1896 г. Лондонское общество и его филиалы слились в

Национальную антипрививочную лигу (National Anti-Vaccination League)[175].

В течение всего периода, когда на скорую руку пеклись новые законы, уничтожавшие конкуренцию прививкам и делавшие их обязательными на радость медицинскому сословию, натуральная оспа, хотя и не исчезая никогда полностью с Британских островов, все же, казалось, дала небольшую передышку, так что могло возникнуть впечатление о некоторой пользе прививок. Жестокое разочарование постигло как англичан, так и других европейцев в самом начале 1870-х гг. Страшная, невиданная доселе эпидемия натуральной оспы, случившаяся на фоне почти тотально привитого британского населения, полностью развеяла прививочные иллюзии. Насчитывая свыше 200 тыс. заболевших, из которых 42 тыс. скончались, по своим размерам она превзошла тяжелейшие «допрививочные» общенациональные эпидемии. После этого очень медленно (разумеется, вакцинаторы объявили, что эпидемия была следствием того, что прививок было *мало,* и в ближайшие несколько лет, воспользовавшись общественной инертностью, добились еще большего увеличения количества привитых), но верно прививочный бизнес на натуральной оспе покатился под откос. Доверие публики к прививкам против натуральной оспы было подорвано окончательно, хотя до победы в борьбе за право свободного выбора было еще очень далеко. Медицинский истеблишмент и его лоббисты в парламенте делали все возможное для сохранения прививочных законов, или точнее будет сказать, прививочного беззакония. Вот лишь один, но характерный пример. В 1880 г. в правительстве возникла вполне безобидная и финансово выгодная для государства идея о возможных послаблениях непокорным родителям, не желающим прививать своих детей. Предполагалось заменить *многоразовые* штрафы (которые часто все равно же платились) и заключение в тюрьму *одним* довольно крупным одноразовым штрафом. Против этого яростно восстала почти вся «прогрессивная медицинская общественность» Англии. На борьбу со зловредным предложением, позволяющим откупиться и выскочить из прививочного капкана, выступили лучшие медицинские силы, и к министру здравоохранения отправилась делегация, в которую входили президент Королевского общества (инициатор организованного протеста), президент Королевской коллегии врачей, президент

Королевской коллегии хирургов, президент Главного медицинского совета. В адресе, отправленном позднее Королевскому обществу, его президент заявил, что «отмена повторных наказаний за неповиновение закону *посягает… на возможность применять научные принципы»*[176].

Сейчас нам трудно даже вообразить, какого ожесточения и абсурдности достигала борьба за обязательность прививок[177]. В то время как публика требовала принять законы против насильственных прививок, убивавших, калечивших и заражавших детей, доктора обращались в парламент с предложениями считать родителей, чьи непривитые дети умерли от натуральной оспы, виновными в непредумышленном убийстве. Разумеется, даже мысли об ответственности за вред, приносимый прививками, в том числе и за многочисленные случаи смертей и увечий после них, у врачей никогда не возникало.

Во второй половине XIX в. началось стабильное постепенное снижение заболеваемости практически всеми инфекционными недугами, терзавшими человечество с XVII в., и лишь оспа – единственная болезнь, против которой было изобретено «истинное спасительное средство», – никак не унималась[178]. Требовались козлы отпущения, и они легко находились в лице противников обязательных прививок. Традиционно никто не вызывал у вакцинаторов большей ненависти, нежели те, кто сопротивлялся навязываемым прививкам, причем очень часто будучи даже не против последних как медицинской процедуры, а лишь против прививочного насилия. Противников прививок называли маньяками, крикливыми фанатиками, невежественными подстрекателями, врагами человечества и пр. в том же духе. Похожих эпитетов заслуживали, кстати, и «просто» непривитые, даже не думавшие вмешиваться в прививочные дебаты: «мешки с порохом», «канализационные стоки», «склады горючих материалов», «рассадники заразы», «бешеные собаки».

Остановить историю, однако, вакцинаторам не удалось. Антипрививочное движение набирало силу. В ряде городов и населенных пунктов противники прививок добились большинства в попечительских советах и заблокировали применение карательных мер против не подчиняющихся закону. Флагманом борьбы стал промышленный город Лейстер, в котором в ответ на арест и заключение в тюрьму горожанина, отказавшегося делать своим детям прививки и

платить штраф[179], в 1869 г. была создана Лейстерская антипрививочная лига. В эпидемию 1871–1872 гг., будучи одним из самых привитых английских городов, Лейстер потерял 358 человек (при трех тысячах заболевших), после чего жители решили, в нарушение драконовского закона, вообще отказаться от политики массовых прививок в пользу санитарного контроля и ранней изоляции заболевших (с тех пор, словно по мановению волшебной палочки, *в городе раз и навсегда прекратились эпидемии оспы).* Собственно, лейстерский опыт не был откровением. В 1785 г., за 11 лет до дженнеровского эксперимента на Фиппсе и почти за 100 лет до лейстерских нововведений, известный английский врач, инокулятор Джон Хейгарт (1740–1827) из Честера писал в своих «Правилах предотвращения натуральной оспы»: «1. Не позволять никому, кто не страдает или не страдал ранее натуральной оспой, входить в дом зараженного… 2. Не позволять ни одному больному, после появления у него пузырьков, выходить на улицу или в иное место скопления людей. Обеспечить постоянный приток свежего воздуха через окна и двери в комнату заболевшего. 3. Уделять самое тщательное внимание чистоте. Люди и животные, а также одежда, мебель, деньги, лекарства или иные предметы, подозрительные на зараженность, должны быть удалены из дома и вымыты, и должны после того находиться еще достаточное время на свежем воздухе…»[180]. Все эти меры были известны, но в свое время на них не обратили внимания, а с появлением прививок и вовсе забыли. Ближе ко времени описываемых событий эту идею вновь выдвинул сэр Джеймс Симпсон (1811–1870), оставивший свой след в медицине введением в практику хлороформа. В своей статье, опубликованной в «Медикэл таймс энд газет» (1868 г.), он заявил о возможности искоренения натуральной оспы, скарлатины и кори путем ранней изоляции заболевших. Жители Лейстера подняли на щит гигиену с санитарией вместо прививок – и не ошиблись[181]. В историю Лейстер вошел еще и самой массовой демонстрацией против обязательных прививок, состоявшейся 23 марта 1885 г., в которой приняли участие от 80 до 100 тыс. человек, собравшихся со всей Англии. Демонстрация была организована Национальной лигой против обязательных прививок в ответ на продолжавшиеся преследования родителей, которые отказывались прививать детей (в 1885 г. наказания в Лейстере ожидали 3 тыс. человек!). Завершилась она сожжением

портрета Дженнера и экземпляра предписания относительно обязательного прививания[182]. Всего по Британии демонстрации против прививочного насилия прокатились по 135 городам и населенным пунктам, при том что в 1876 г. они прошли в 58 городах[183].

Делая здесь лишь небольшой шаг в сторону прививочных проблем более близкой моему читателю России, о которых, как и о многом другом, речь также пойдет в моей следующей книге, отмечу, что в 1870-х годах в Российской империи тоже встал на повестку дня вопрос относительно обязательности прививок (инокуляции были отменены еще в 1805 г.). Однако Россия тогда была в несколько ином положении по сравнению с западными странами, что было связано с ее поздним социально-экономическим развитием в XIX веке. Процесс консолидации медицинского профессионального сообщества начался лишь в конце 1870-х – начале 1880-х годов, а полностью завершился лишь в начале XX в. Врачами традиционно становились разночинцы, больше искавшие служения народу и меньше своему карману, чем это было в развитых западных странах. Кроме того, врачи Российской империи не имели своих сильных и влиятельных на всех уровнях объединений, связанных совместными интересами с социальной элитой общества, какими были, скажем, Королевская коллегия хирургов и Королевская коллегия врачей в Британии. Все это объясняло, почему в Российской империи вопрос прививок никогда не приобретал той остроты, что была характерна для западноевропейских стран. На волне общественных дискуссий о том, нужны ли обязательные прививки, в 1873 г. появилась работа известного в истории российской медицины педиатра Владимира Рейтца (1838–1904), бывшего в ту пору главврачом Елизаветинской детской больницы в Санкт-Петербурге, под названием «Критический взгляд на оспопрививание». Д-р Рейтц, на основании как личного опыта, так и опыта многих других, не только отверг какую-либо пользу прививок коровьей оспы, но и сверх того указал на то, что они неминуемо ведут к повышенной заболеваемости и смертности детей[184]. В следующем году на сочинение Рейтца отреагировал адвокат прививок д-р Джордж Каррик (1840–1908), выпустивший брошюру «Полезно ли оспопрививание». С вопросом введения обязательного оспопрививания было поручено разбираться Медицинскому совету при Министерстве внутренних дел. Изучив

статистику и доводы сторон по спорному вопросу, назначенный экспертом д-р В. Снигирев (1830-?) в 1875 г. подал в совет записку, содержание которой лишь с очень большим трудом могло быть признано благоприятным для прививок. Снигирев обратил внимание на то, что при продолжающихся свыше трех четвертей века прививках до сих пор нет никакой ясности с тем, как часто и какой «лимфой» следует делать прививки, так как каждая новая эпидемия заставляет сторонников прививок в очередной раз менять свою точку зрения[185]. Решение вопроса о том, быть или не быть обязательному оспопрививанию, подчеркнул д-р Снигирев, следует отложить до того времени, когда будет получена надежная статистика, которой пока что не существует. Он был достаточно ироничен в отношении обещанных чудес спасения от оспы с помощью прививок коровьей оспы: «Вечно юный и вечно неразрешенный вопрос снова встал, когда оспенные эпидемии обратили на него внимание общества. Доверие общества к предохранительной силе оспопрививания явилось в некоторой степени поколебленным, когда оно увидело, что оспенные эпидемии не только не прекращаются, но, напротив, делаются чаще и напряженнее, что они уносят как предохраненных прививанием, так и непредохраненных; когда оно, изумленное и до некоторой степени обманутое в своих надеждах, обращаясь к врачам, слышало от них одно: что мера эта требует повторения, чтобы быть действительною, повторения чуть ли не бесконечного: нужна вакцинация, ревакцинация, повторная ревакцинация и, наконец, необходимо прививать предохранительную оспу при появлении каждой оспенной эпидемии… Жадно прислушиваясь к голосу жрецов оспопрививания, общество слышало равно: вне эпидемии они твердили о полном уничтожении предохранительным прививанием на определенный срок восприимчивости в организме к оспенной заразе, а едва начинала угрожать эпидемия, как они забывали об уничтожении восприимчивости и говорили, что нужно повторять прививание…»[186].

Снигиреву вторил известный российский патологоанатом проф. Михаил Руднев (1837–1878), написавший в своей записке в Медицинский совет: «Всякая санитарная мера только тогда может быть сделана обязательной, когда она удовлетворяет двум существенным требованиям: 1) если применение этой меры верно ведет к цели; 2) если оно не сопряжено ни с какими вредными последствиями… Опыт и

долговременные наблюдения показывают, что обязательное оспопрививание ни в каком случае не может удовлетворять ни тому, ни другому требованию»[187]. В 1884 г. вышли «Записка об оспопрививании» петрашевца д-ра Дмитрия Ахшарумова (1823–1910) и «Мнимая польза и действительный вред оспопрививания» д-ра Льва Бразоля (1854–1927), позднее ставшего ведущим российским гомеопатом и представителем российской гомеопатии на международной арене. Им же годом позднее была опубликована работа «Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания», а в 1901 г. к теме бесполезности и вреда прививок опять вернулся Ахшарумов, выпустив книгу «Оспопрививание как санитарная мера». Вероятно, это была последняя крупная публикация такого рода до 1917 г. Хотя в некоторых земствах прививки пытались навязывать населению, и, кроме того, они были обязательными для служащих железнодорожного транспорта, рекрутов и гимназистов, до самого переворота 1917 г. в Российской империи так и не был принят закон, требующий массового оспопрививания, а потому многие из тех, кто имел мнение о прививках отличное от мнения медицинского истеблишмента[188], просто не считали необходимым вести бесконечную полемику.

Успешной была борьба противников прививок в конце XIX – начале XX в. и в США, где к 1905 г. лишь 11 штатов имели законы об обязательных детских прививках, и при этом ни один на самом деле не пытался их действительно навязать[189]. Однако в том году произошло воистину роковое событие, имевшее далеко идущие последствия, – по делу о праве на отказ от оспенных прививок «Джекобсон против штата Массачусетс» Верховный суд США вынес вердикт в пользу штата и, соответственно, обязательных прививок, опершись в своем решении на такой сомнительный аргумент, как мнение медицинского большинства. Это скороспелое и непродуманное решение стало замечательным подарком всем, имевшим отношение к прививочному заработку, и послужило прецедентом в ходе последующего превращения прививок в обязательную процедуру во всех штатах, хотя до реального насилия в отношении свободных граждан в любой период американской истории дело доходило очень редко[190]. Здесь уместно будет напомнить, что в то же самое время не везде еще в США отказались от такого метода универсального лечения всех болезней, как кровопускания, а в

середине XIX в. (до широкого распространения еретического гомеопатического свободомыслия, не только отвергавшего какую-либо пользу кровопусканий, но и клеймившего их как процедуру прямо вредную здоровью) их в качестве «высокоэффективного метода» поддерживало не просто большинство, а *подавляющее большинство* американских врачей, в том числе и университетских профессоров. По логике Верховного суда, если бы тогда в каком-нибудь штате был принят закон об обязательном кровопускании как методе профилактики инфекционных заболеваний, то «мнение медицинского большинства» должно было безусловно перевесить право гражданина на выбор иного метода спасения своей бренной плоти или даже вообще отказ от лечения[191].

Кстати, не везде в мире борьба с прививками шла исключительно мирным путем. Попытка навязать обязательные прививки в Рио-де-Жанейро в 1904 г. привела к массовым беспорядкам и человеческим жертвам, после чего власти сочли за лучшее незамедлительно отменить закон[192].

Вернемся на родину вакцинаций. В 1880-х гг. на фоне продолжавшейся и все более ожесточавшейся борьбы противники прививок (или их обязательности) получили неожиданную и весьма ощутимую поддержку со стороны «предателей врачебного сословия» – профессора анатомии Кембриджского университета Чарльза Крейтона (1847–1927)[193] и профессора сравнительной патологии и бактериологии Королевского колледжа в Лондоне Эдгара Крукшенка (1858–1928). Две книги Крейтона[194] и особенно его статья о прививках в девятом издании «Британской энциклопедии» (1888)[195] произвели эффект разорвавшейся бомбы. Крейтон не только отверг какую-либо пользу прививок коровьей оспы, но и связал их с сифилисом, да еще открыто объявил Дженнера, главного гуру вакцинаторов, алчным мошенником и шарлатаном. Крукшенк в своем труде «История и патология прививок» (1889), не давая, подобно Крейтону, чересчур эмоциональных оценок, на основании большого исторического материала также отверг какую-либо пользу от прививок как коровьей оспы, так и лошадиного мокреца. Такое развитие событий уже серьезно меняло ситуацию. До тех пор, пока протестовали «невежды», «болваны» и «крикливые фанатики», их можно было игнорировать. Появление книг известных профессоров и особенно

статьи в «Британской энциклопедии», писать для которой приглашались исключительно лучшие специалисты в своих областях, ознаменовало собой принципиально новый этап в прививочном споре. Вряд ли могло сильно обрадовать вакцинаторов и появление на стороне противников прививок знаменитого ученого-естествоиспытателя Альфреда Рассела Уоллеса (1823–1913), создавшего вместе с Дарвином теорию естественного отбора[196], а также не нуждающихся в представлении читателям драматурга Джорджа Бернарда Шоу (1856–1950)[197] и философа и социолога Герберта Спенсера (1820–1903).

В 1882 г. представитель бунтовавшего Лейстера в парламенте П. Тейлор (1810–1892), почетный президент Лондонского общества за отмену обязательных прививок, с подачи Вильяма Тебба внес частный законопроект, призывавший к полной отмене закона 1867 г. Законопроект был отозван после первого чтения, но свою роль он сыграл – было привлечено внимание прессы и независимых парламентариев. В июне 1883 г. Тейлор повторил попытку. Законопроект был провален, но тактической цели добиться удалось и на этот раз: парламентские дебаты Тейлор использовал, чтобы заклеймить алчность и неразборчивость медицинской профессии и ее показательное пренебрежение методами санитарии и гигиены в угоду прививочным доходам[198]. В 1885 г. Тейлора сменил Джеймс Пиктон. В 1888 г. он потребовал парламентского расследования по фактам оголтелого преследования антипрививочного инакомыслия в городе, и в том же году депутат от Манчестера Джекоб Брайт внес законопроект, требующий полной отмены закона 1867 г. И вновь законопроект был провален.

Поняв, что парламентское большинство будет продолжать блокировать попытки отменить закон, противники прививок сменили тактику. К концу 1880-х гг. они располагали 111-ю общественными объединениями, поддержкой таких величин, как Крейтон и Крукшенк, а также детальной статистикой, полностью опровергающей выводы вакцинаторов о спасительной роли прививок. Статистические отчеты были подготовлены Александром Вилером (1841–1909), «статистическим директором» Лондонского общества за отмену обязательных прививок. 5 апреля 1889 г. Пиктон потребовал от министра внутренних дел назначить Королевскую комиссию. Требование было удовлетворено. Вакцинаторы встретили это известие

с нескрываемым озлоблением, самым мягким проявлением которого было заявление «Ланцета», что изучение вопроса о необходимости прививок против оспы так же необходимо, как и изучение вопроса о необходимости существования спасательных лодок или пожарных. Одна мысль о том, что надо еще исследовать то, что девяносто лет назад было уже «научно исследовано» ими, казалась апологетам тотального прививания возмутительной ересью. В мае того же года королева утвердила состав комиссии. Возглавил ее бывший главный судья лорд-канцлер Гершель (1837–1899).

На этот раз, в отличие от вопиюще убогой парламентской комиссии 1802 г. с бравым адмиралом Беркли во главе, созданной ради возвеличения Дженнера и его бизнеса, к созданию комиссии отнеслись с большей серьезностью, хотя, разумеется, правительство позаботилось о том, чтобы несомненное большинство принадлежало к «правильному» лагерю. Из тринадцати членов комиссии девять (пять медиков и четыре юриста) занимали выраженную проприививочную позицию, трое (включая Пиктона) – такую же антиприививочную и один считался «неприсоединившимся». Комиссия работала семь лет, проведя 130 заседаний и заслушав 187 свидетелей. Хотя ни у кого не было сомнений в том, что прививки останутся священной коровой и, как бы ни повернулось дело, будут оправданы и всячески поддержаны, оппозиция максимально использовала полученную трибуну для достижения своих целей. Противники прививок были во всеоружии, и уже первые заседания показали, что легкой и приятной работа для консервативных членов комиссии не будет. Первым свидетелем был Джон Саймон (1816–1904), бывший главный санитарный врач, считавшийся ведущим прививочным экспертом. Допрашивая его, Джеймс Пиктон и его единомышленник д-р Вильям Коллинз показали совершенную путаницу и неразбериху, царившую как в голове самого Саймона, так и других вакцинаторов. Стало очевидно, что не существует ни точной статистики, якобы свидетельствующей об успехе прививок (наличие которой постоянно подчеркивали их адвокаты), ни учета количества постпрививочных осложнений, ни сведений о характере и составе применяемых прививочных лимф, не говоря уже об их унификации, ни минимального представления о том, сколько требуется прививок, чтобы получивший их считался защищенным, ни даже того, какие именно образования на коже и в каком количестве

должны считаться свидетельствующими об успешности прививок. Следующей жертвой Пиктона и Коллинза пал Вильям Огл, начальник отдела статистики при Службе регистрации актов гражданского состояния. Пиктон легко доказал, что никаких серьезных свидетельств в пользу того, что прививки снизили смертность от натуральной оспы, вакцинаторы представить не в состоянии.

Само собой, Тебб не забывал публиковать «вести с полей» в своей газете, публика ему внимала, и стало ясно, что дело принимает нежелательный оборот. Большинству во главе с лордом Гершелем приходилось прибегать к не очень красивым мерам, чтобы не допустить новых разоблачений. Так, не был приглашен профессор гигиены и санитарной статистики Бернского университета Адольф Фогт (1823–1907), бывший в то время, вероятно, крупнейшим европейским экспертом в вопросе заболеваемости натуральной оспой, который выразил готовность прибыть в Лондон и дать свидетельские показания. Комиссия лишь присоединила его отчет, без всякого анализа, к остальным материалам. Не была изучена динамика инфекционной заболеваемости в XIX в. – комиссия сосредоточилась, да и то не в должной степени, на одной оспе. А между тем, как показал Альфред Рассел Уоллес в своем памфлете «Прививки оказались бесполезными и опасными», в первой трети XIX в. в Лондоне происходило снижение заболеваемости *всеми* инфекционными недугами, причем оспой, от которой делались прививки, *медленнее всего*. Он указал, что снижение заболеваемости должно было быть приписано улучшению водоснабжения, созданию скверов и парков, резкому уменьшению скученности проживания благодаря активному строительству на окраинах города, улучшению качества дорог, и, соответственно, доставке населению доброкачественных свежих продуктов, в том числе овощей, строительству новых кладбищ исключительно за пределами городской черты и постепенному закрытию старых в самом городе и пр.[199] Комиссия же, просто взяв заболеваемость в отрыве от всего этого и увидев, что «в начале века оспы было больше *до* прививок – стало меньше *после* прививок», сделала в «Отчете большинства» (см. далее) вывод о том, что прививки снижают заболеваемость натуральной оспой. Комиссия, что должно быть поставлено ей в заслугу, охотно или не очень, но посвятила 1890 год изучению лейстерского опыта и внимательно отнеслась к доводам главы лейстерской оппозиции, члена

городского попечительского совета, инженера-сантехника Дж. Т. Биггса, непримиримого врага прививочного принуждения (за отказ делать детям прививки и уплатить наложенный на него судом штраф судебными исполнителями были проданы вещи из его дома). Биггс представил Королевской комиссии материалы, позднее включенные в ее четвертый отчет, где в 56 таблицах и на 13 диаграммах продемонстрировал полную неэффективность прививок для предотвращения натуральной оспы. Кроме того, он показал, что *в период отказа от прививок снизилась заболеваемость и другими инфекционными болезнями до уровня, которого Лейстер не знал за всю свою историю.* Из таблиц следовало, что максимальная детская смертность в Лейстере выпадала на годы максимального охвата прививками (1868–1872). При этом детская смертность, по статистике Биггса, неуклонно снижалась в городе с 1852 по 1860 г., когда в городе значительно улучшилось санитарно-гигиеническое состояние; расти она начала лишь с введением обязательных прививок. Биггс также выступил перед комиссией, ответив на заданные ему вопросы. Не разделив в своем большинстве мнение о неэффективности и вредоносности прививок, комиссия, тем не менее, приняла за вариант возможной государственной политики контроля натуральной оспы именно лейстерский метод, предусматривавший отказ от массовых прививок как средства профилактики, раннее извещение о заболевании и скорейшую изоляцию заболевшего, а также активную дезинфекцию его вещей и жилища. Предусматривались и прививки тем контактировавшим с заболевшим лицам, которые верят в их эффективность и захотят их получить[200].

Уже первые годы активной работы комиссии показали столь неблагоприятные для прививок тенденции, что после 90 заседаний, на которых были заслушаны 135 свидетелей, и опубликованных четырех текущих отчетов лорд Гершель попытался смягчить ситуацию, выпустив в 1892 г. предварительный отчет, в котором рекомендовал отменить повторные наказания за уклонение от выполнения закона 1867 г. Это вызвало крайнее недовольство и раздражение как медиков, так и правительства, не ожидавшего внезапного появления этой головной боли. По горячим следам предложения лорда Гершеля в 1893 г. был вновь подан законопроект, требовавший отмены закона 1867 г., и вновь был провален в первом чтении.

Членам комиссии были представлены в совокупности шесть тысяч случаев тяжелых болезней, развившихся после прививок, восемьсот из которых закончились смертью (вряд ли могут быть сомнения, что это был лишь очень небольшой процент от действительного количества несчастий, причинами которых стали прививки).

В 1896 г. Королевская комиссия закончила свою работу. Результатом стали прямо противоположные мнения ее членов, что и было зафиксировано в итоговом документе. Большинство подписало «Отчет большинства», меньшинство – «Отчет меньшинства». Хотя в целом заключение большинства комиссии было в пользу прививок, дурные предчувствия вакцинаторов оправдались. Прививочный ритуал во многом держался на принуждении и страхе, и одно лишь создание комиссии придало смелости многим родителям. С момента начала работы комиссии процент привитых младенцев начал неуклонно снижаться, так как местные власти, ожидая публикации результатов ее работы и уже догадываясь, какими они будут, перестали прибегать к бывшим весьма непопулярными санкциям по отношению к непокорным родителям. Рекомендация 1892 г. еще более ободрила сторонников отказа от прививок. В итоге, помимо выводов чисто медицинского характера (например, подтверждалась возможность передачи сифилиса при вакцинациях при переносе прививочного материала по методу «от руки к руке» и заявлялось о необходимости перейти исключительно на телячью лимфу), комиссия рекомендовала предоставить родителям право на отказ от прививок «по соображениям совести».

Вакцинаторы не только пытались игнорировать рекомендацию комиссии в своей практике, но и предприняли контратаку. Хотя рекомендация de jure не приняла еще форму закона, de facto число прививаемых после ее обнародования стало сокращаться еще быстрее. На фоне стремительно уменьшавшегося количества прививаемых комитет по парламентским законопроектам Британской медицинской ассоциации внес в 1898 г. предложение о том, чтобы функции принуждения и наказания за неповиновение закону об обязательных прививках были переданы от городских попечительских советов, часто контролировавшихся либо откровенными противниками прививок, либо просто людьми, не желавшими принимать участие в травле инакомыслящих, специальным «прививочным» чиновникам,

назначаемым государством. Но эта партия была вакцинаторами уже проиграна. Когда послушные указаниям своего начальства медики из числа парламентариев, готовившие законопроект, попытались не включить в него пункт о свободе выбора, это привело к такому накалу страстей в парламенте, к такой буре общественного возмущения и такому катастрофическому падению популярности стоявших тогда у власти консерваторов, что лорд Артур Бальфур (1848–1930), лидер тори, сам симпатизировавший антипрививочному движению, поспешил исправить эту ошибку, и необходимая поправка была возвращена на место.

Принятый в том же 1898 г. закон о прививках (Vaccination Act) предусмотрел возможность отказа по соображениям совести, ограничил штрафы двумя (или одним на сумму двух) и потребовал использования исключительно глицеризованной телячьей лимфы. О том, как ждали англичане этот закон, можно судить хотя бы по количеству воспользовавшихся правом на отказ от прививок детям: до конца 1898 г. местными властями было выдано 203 413 сертификатов «отказника по соображениям совести», освободивших от прививок не менее 230 тыс. британских детей. Однако сформулированное законом 1898 г. требование к родителям представить местным властям «удовлетворительное доказательство того, что отказ действительно делается по соображениям совести» было слишком расплывчатым и допускающим слишком много вольных толкований, чем не замедлили воспользоваться вакцинаторы. Они резко усилили нажим на местные власти, требуя ограничить количество выдаваемых сертификатов[201], дабы не допустить краха прививочного бизнеса. Кроме того, в ответ на принятие неугодного закона в 1898 г., уже на следующий год была создана Имперская прививочная лига (Imperial Vaccination League), развернувшая активную пропагандистскую работу. Под давлением вакцинаторов в следующие годы количество выданных сертификатов резко снизилось, и общественное недовольство выхолащиванием с таким трудом добытого закона сразу же возродило к жизни антипрививочные лиги. Дорога уже была протоптана, и потребовалось всего несколько лет активной борьбы, чтобы поставить точку. В 1907 г. либералами была принята новая формулировка закона о прививках, уничтожившая последнюю лазейку вакцинаторов. Теперь родителям требовалось лишь декларировать отказ от прививок на основании

собственных убеждений, без всяких «удовлетворительных доказательств» – как это и предлагалось с самого начала, но не было принято Бальфуром, увидевшим в такой формулировке закона слишком большую уступку антипрививочному лобби в парламенте. Здесь интересно отметить, что лейстерские радикалы не удовольствовались и этим, продолжая безо всяких деклараций отказываться прививать своих детей и считая необходимость декларировать отказ также нарушением их священных гражданских прав. Эта бессмысленная война на истощение продолжалась еще несколько лет, пока бесконечные скандалы (в том числе и в парламенте, куда Лейстер неизменно делегировал противников прививок) и стойкость горожан не вынудили вакцинаторов примириться с антипрививочной вольницей в том виде, как ее понимали лейстерцы. Законодательная же обязательность прививок, в которой закон от 1907 г. допустил исключение в виде отказа по убеждениям, была окончательно ликвидирована в Англии лишь в 1948 г. После 1907 г. антипрививочная активность постепенно сошла на нет – цель была достигнута.

Был, впрочем, еще один фактор, в некоторой степени примирявший британских врачей и производителей прививочных лимф с неминуемой потерей оспеннопрививочного заработка. В конце 1870-х – начале 1880-х гг. французский химик Луи Пастер (1822–1895), занимавшийся бактериологией, предложил свой метод ослабления «начал» различных инфекционных болезней, проложив тем самым дорогу к созданию новых вакцин[202]. Заключался он в последовательных разведениях продуктов болезни, содержащих в себе возбудителя, с целью ослабления вирулентности последнего. Назвать этот метод новым просто не поворачивается язык, потому что Пастер «открыл» то, что гомеопатам было уже известно и практиковалось ими свыше полувека. В основе своей идея использовать лекарства по принципу «чем ушибся, тем и лечись», видоизмененному на «чем можешь ушибиться, тем заранее защитись», разумеется, коренилась в старой инокуляционной практике. Но никакой новизны не было и в предложении последовательно ослаблять ядовитое вещество, призванное дать невосприимчивость к болезни. Ослаблением исходного действующего вещества занимался основатель гомеопатии Самуил Ганеман, а позднее и все его последователи с самого начала XIX в. Идею использования продуктов болезни в виде гомеопатических

препаратов, то есть в разведенной и потенцированной форме, для лечения той же самой болезни высказал в 1828 г. будущий основатель американской гомеопатии и один из крупнейших мировых гомеопатов д-р Константин Геринг (1800–1880). В этом году медики впервые узнали об изопатии (лечении не по ганемановскому принципу *подобия,* а по принципу *тождественности;* не *similia similibus curantur,* a *aequalia aequalibus curantur)* – из его статьи «Дополнительные сведения о яде змей», опубликованной в «Архиве Штапфа» (том 10, тетрадь 2, с. 24). В этой статье Геринг предложил использовать приготовленные по законам гомеопатии (то есть разведенные и потенцированные) продукты натуральной и коровьей оспы (последней – исходя из утверждения французских врачей, что коровья оспа суть видоизменившаяся на животном человеческая оспа) для профилактики и лечения натуральной оспы. Позднее, в 1833 г., он приготовил лекарство *Hydrophobinum* (он же *Lyssinum)* из слюны бешеной собаки и испытал его. В том же 1833 г. в Лейпциге была опубликована книга немецкого ветеринара Иоганна Йозефа Вильгельма Люкса (1796–1849) «Изопатия заразных болезней, или Все заразные болезни носят в своем заразном веществе средство к исцелению от них», в которой он делился своими успехами в лечении сапа, сибирской язвы и других заболеваний разведенными и потенцированными препаратами[203].

Вопрос о месте нозодов в гомеопатии для лечения тех же болезней, продуктами которых они являлись, вызвал много споров в среде гомеопатов. В сущность их я не могу здесь углубляться. Отмечу лишь, что активные исследования в этой области, проводившиеся гомеопатами в середине XIX в., дали начало многим гомеопатическим препаратам, среди которых можно отметить, например, *Hydrophobinum* для лечения и профилактики бешенства, *Anthracinum* – сибирской язвы и *Variolinum* – натуральной оспы[204]. В настоящей книге будут упоминаться некоторые нозоды, предлагаемые рядом гомеопатов для профилактики и лечения их «материнских» болезней. Относительно же «гениальных открытий Пастера» я вполне разделяю мнение д-ра Льва Бразоля: «Пастер… пожинает плоды чужой мысли, и для характеристики этого ученого интересно отметить, что он нигде ни одним словом не упоминает о тех лицах, которые уже 50 лет тому назад сделали то открытие, за которое он теперь получает от правительства ежегодные субсидии в сотни тысяч франков… Пастер в своих

предохранительных вакцинациях совершенно сознательно и с большим талантом практикует настоящую изопатию»[205]. Знаменитый российский гомеопат был неправ лишь в том, что эта изопатия настоящая – это был *ухудшенный* вариант изопатии (позднее на эти же самые грабли наступил не извлекший урока из пастеровских неудач Роберт Кох, пытаясь лечить туберкулез своим туберкулином и приводя тем самым пациентов к скорой смерти), так как Пастер, во-первых, как истинный материалист, исходил из того, что как бы велико ни было разведение, в лекарственном препарате непременно должно оставаться определяемое действующее вещество, а во-вторых, он не потенцировал вводимые пациентам препараты. Отнюдь не редкими были трагедии, когда получивший «спасительное лечение» от бешенства антирабическими сыворотками погибал, а тот, кто был искусан той же самой «бешеной» собакой, но отказался от прививочного лечения, оставался жив и здоров[206]. Из стран, принявших пастеровский метод лечения, сообщали об увеличении случаев зарегистрированного бешенства после введения прививок. Справедливо заметил проф. Майкл Питер: «Г-н Пастер не лечит гидрофобию – он заражает ею!». Случаи смерти и параличей замалчивались директорами сети антирабических институтов Пастера до 1927 г. (!) – как из-за боязни дискредитировать метод (и, соответственно, своими руками лишить себя доходов), так и из-за страха расплаты за свое «лечение» – и были признаны лишь тогда, когда прививочные теории окончательно укоренились и никакое разоблачение уже не могло устоять перед успехами многолетнего промывания мозгов прививочной пропагандой.

Впрочем, вакцинаторы всюду и всегда, когда только было возможно, старались скрыть результаты своей «спасительной профилактики». Вот пример, имеющий отношение к заражению сифилисом прививаемых от оспы, о чем я буду говорить далее: «В 1876 г. возбудил необычайное волнение в публике случай в Лебусе, где из 26-ти учениц одной школы, ревакцинированных от одного ребенка с наследственным сифилисом, 15 заболели конституциональным сифилисом. Вследствие этого окружное управление (Франкфурта-на-Одере) разослало циркулярный рескрипт от 20 марта 1877 г. всем ландратам, школьным инспекторам, окружным врачам и полицейским властям, в котором эта вакцинная сифилизация доводится до их сведения и вместе с тем предлагаются меры предосторожности для

предупреждения подобных случаев. Вслед за этим рассылается второй правительственный циркуляр от 10 апреля того же года, имеющий целью воспрепятствовать дальнейшему распространению первого циркуляра, потому что с этим необходимо обусловлено «фактическое сообщение всего этого печального случая и поступление его во всеобщую гласность, последствием чего должно предвидеть очень невыгодное влияние на готовность родителей подвергать своих детей вакцинации». Недаром также благосклонный к вакцинации доктор Гайд пишет в предисловии своего сочинения о переносе сифилиса при вакцинации… следующее: «*К счастью* (!?) ближайшее знакомство с этими возмутительными случаями не выходит из границ ученого мира. Более обширное распространение этих фактов среди публики, при всеобщей теперь агитации против вакцинации, дало бы самые могущественные орудия в руки противникам оспопрививания»[207].

Что же касается Пастера как беззастенчивого компилятора и плагиатора, то опыт творческого «заимствования» у гомеопатов был далеко не единственным в его биографии, которая была весьма богатой также выдумками, фальсификацией экспериментальных данных и – говоря современным языком – великолепными пиар-кампаниями. Если Дженнер прославился тем, что купил себе титул врача, выдумал 25-летний опыт работы с коровьей оспой, в течение которого «открыл», что та на всю жизнь защищает от натуральной оспы, а также без малейших угрызений совести экспериментировал над детьми, одних отправляя в могилу, а других превращая в больных, то и Пастер во многих аспектах, особенно в прививочном мифотворчестве, оказался вполне достойным своего учителя. Вспомним хотя бы кочующую из книги в книгу историю мальчика Йозефа Мейстера, покусанного якобы бешеной собакой, первого объекта пастеровских экспериментов, который в 1885 г. был привит антирабической сывороткой и… о чудо! – остался жив[208]. Не говорится нам почему-то о том, что та же собака в тот же самый день покусала еще нескольких человек, включая и своего владельца. Никто из них не обратился за спасением от неминуемой смерти к Пастеру, и все они остались живы и здоровы. На пастеровских «чудесах» и рецептах, по которым они готовились[209], я также надеюсь подробнее остановиться в своей будущей книге. Сейчас же нам важно отметить, что главная заслуга Пастера была отнюдь не в том, что он сделал легитимным достоянием всего научного мира ухудшенный

вариант изопатии, при этом выдав его за свое изобретение. Пастер, в очередной раз «творчески переработав» труд предшественника (на этот раз проф. Пьера-Жака Антуана Бешана (1816–1908) из Марселя[210]), создал теорию, согласно которой виной всему являются микроорганизмы, проникающие в тело человека, там размножающиеся и вызывающие болезни. Сама по себе эта идея также не была абсолютно нова – впервые ее высказал знаменитый итальянский врач, поэт, ботаник, астроном и философ эпохи Возрождения Джироламо Фракасторо (1483–1553), известный современным медикам главным образом тем, что он дал сифилису его нынешнее название. Мысль о микроорганизмах была развита им в книге «О контагии, контагиозных болезнях и их лечении» («De Contagionibus et Contagiosis Morbis, et eorum Curatione»), увидевшей свет в Венеции в 1546 г. Невидимые частицы или тельца, предположительно вызывающие болезнь, были названы им seminaria con-tagionum (напомню читателям, что первый микроскоп, сделанный голландцем Антони ван Левенгуком, появился лишь в 1683 г.). Впоследствии мысль о невидимых частицах или организмах как причине болезней находила отражение в трудах многих выдающихся медиков (так, вполне разделял ее и Самуил Ганеман в отношении холеры), но именно Пастер и никто другой возвел ее в ранг абсолюта и построил на ней теорию инфекционных заболеваний, мало изменившуюся за прошедшие с того времени свыше ста лет. Уничтожение этих пагубных частиц, оказавшихся живыми организмами, должно было, по Пастеру, стать задачей и смыслом существования медицины.

Эта идея была принята с восторгом по многим причинам. Во-первых, в отличие от многих научных теорий, она была доступна даже для понимания человека с самым низким уровнем образования и интеллекта. Врач и пациент могли теперь говорить друг с другом на одном языке. Во-вторых, роль жертвы и объекта несправедливых преследований традиционно была близка и понятна большинству людей. Но если раньше человек страдал от злых духов и бесов, а спасаться следовало обращением к религии, молитвой и покаянием, то теперь виновниками были признаны вредоносные микроорганизмы, а функции церкви на себя охотно взяла целая армия профессиональных защитников и спасителей, а именно медиков, со своим оружейным арсеналом – вакцинами, таблетками, лабораторными исследованиями

для определения возбудителя и иными ритуалами. Появление такой теории, основанной на традиционной паре «агрессор – жертва», как нельзя лучше отвечало чаяниям врачей, никогда не упускавших возможность поставить на службу своему карману даже самую абсурдную и ни на чем не основанную теорию, не говоря уже о вполне респектабельных научных разработках. Скучные разговоры о санитарно-гигиеническом состоянии городов и сел, об улучшении канализации и водоснабжения, об изменении характера питания и повышении жизненного уровня населения предполагали прежде всего социальные реформы и не обещали прямого заработка медикам, в то время как наличие такого чудесного и осязаемого с помощью научных приборов врага, как микробы, гарантировало, что врачи продолжат играть одну из главных ролей в обществе. В целом теория Пастера как нельзя лучше отражала примитивно-механистические представления о природе и ее законах, характерные для XIX века. Взяв идеи проф. Бешана, Пастер заботливо выхолостил их, оставив в них лишь то, что предполагало дальнейшее развитие прививочного бизнеса, и выбросив самое главное – указание на то, что первопричиной болезни являются отнюдь не микроорганизмы, а *состояние макроорганизма,* предрасполагающее к инфицированию этими микробами и последующему развитию инфекционного процесса. А уж такие пророческие высказывания гениального Бешана, как, например: «Самые серьезные, даже смертельные последствия могут быть вызваны введением живых организмов в кровь; эти организмы, когда живут в определенных органах, выполняют необходимые химические и физические функции, введение их в кровь – среду, для них не предназначенную, вызывает страшную манифестацию их худших болезнетворных свойств… Микрозимы (так проф. Бешан называл микроорганизмы. – *А. К.*), даже морфологически идентичные, могут различаться функционально, и те, что характерны для одного вида или центра определенной деятельности, не могут быть введены животному другого вида или даже в другой центр деятельности того же самого животного, не создав при этом серьезной опасности…»[211], не могли быть отражены в трудах Пастера по определению.

Вернемся к истории прививок против оспы, в начало XX в. Когда у населения Британских островов появилось право свободного выбора, то прививок там, естественно, стало еще меньше. Вакцинаторы были

правы, предполагая, что отмена обязательности прививок скажется на заветном «массовом охвате» и «коллективном иммунитете к болезни». К 1905 г. прививки против оспы ежегодно получали лишь 53,8 % британских младенцев, а к 1921 г. – около 40 %. При этом… все меньше становилось и оспы! Количество прививок и заболеваемость натуральной оспой снижались в Британии параллельно друг другу. Надо, правда, сказать, что тенденция к снижению заболеваемости натуральной оспой достаточно четко обозначилась в развитых (и даже среднеразвитых – таких, как Россия) странах во второй половине 1880-х гг. и оспа, терзавшая их с середины XVII в. и не обращавшая внимания ни на молитвы, ни на инокуляции, ни на прививки, с того времени неуклонно шла на убыль. Одной из причин этого, как считается сегодня, было постепенное вытеснение в Европе и США вирулентной разновидности оспенного вируса (variola major) другой, мягкой (variola minor, или аластрим), о чем уже говорилось выше. С вопросом, почему это случилось, ясности не больше, нежели с вопросом, почему обратный процесс произошел в XVII в. Просто как пример отмечу, что в своей статье «Некоторые малопонятные эффекты сывороточной терапии» лондонский хирург Беддоу Бейли (1887–1961), активист антипрививочного движения в Англии и основатель Общества против вивисекций, приводит слова д-ра Мак-Донафа. Последний пишет о том, что, вероятно, широкое распространение инфекции среди людей приводит к постепенному изменению свойств возбудителя в сторону большей мягкости вызываемых им болезней, а потому прививки могут лишь нарушить естественный процесс. В качестве примера такого нежелательного вмешательства Мак-Донаф привел оспу: «…Становится все более сомнительным, благодаря ли прививкам снизилась частота натуральной оспы, которая в последние годы сменилась аластримом… Это, конечно, никак не может быть отнесено на счет прививок, потому что учащение случаев аластрима совпало с увеличением числа непривитых. Возможно, что изменение [в пользу аластрима] случилось бы и раньше, не стань прививки столь распространены»[212].

Не желая утомлять читателя статистикой, ограничу себя несколькими цитатами. Так, выдающийся российский педиатр Нил Филатов (1847–1902) в 1899 г. писал: «Оспа принадлежит в настоящее время к числу довольно редких болезней»[213]. В брошюре другого,

менее известного российского педиатра, проф. Николая Гундобина (1860–1908) «Детская смертность в России и меры борьбы с нею», содержащей всего 31 страницу, оспа впервые появляется лишь на 14-й странице. До этого читаем, например: «Что касается причин высокой детской смертности, то здесь все исследователи на первом месте ставят бедность русского народа и низкую его культурность. Малая культурность населения ясно выражается в неумении ухаживать за грудными детьми и, главным образом, в варварском обычае давать младенцам соску из жеваного хлеба чуть не с первых дней жизни. Бедность народа объясняет плохое его питание, к ней присоединяется еще прогрессивное развитие во всех культурных странах таких болезней, как сифилис, алкоголизм и чахотка. В результате означенных условий дети уже нередко рождаются слабыми и нежизнеспособными. Среди других причин высокой смертности следует еще отметить питомнический промысел и современный рост фабричной промышленности, которая занимает не только мужское, но и женское, и даже детское население. Наконец, некоторые исследователи указывают, что всю европейскую Россию можно разделить относительно детской смертности на два района: северо-восточный и юго-западный. В южном районе богатство водных путей сообщения благоприятствует развитию заразных болезней, от которых, главным образом, погибают дети 2–10-летнего возраста. В северо-восточных губерниях особенно высокая смертность приходится на нерациональное питание и заразу детской холеры, распространению которой в значительной степени способствует летняя жара, душные и тесные избы крестьян. Таковы главные причины детской смертности в нашем отечестве»[214]. Относительно натуральной оспы Н. Гундобин пишет: «…Брюшной тиф почти неизвестен в Германии, а от оспы там погибает всего несколько десятков человек в год. У нас в России средняя смертность от оспы составляет около 60 000 жителей, значительная часть населения остается непривитою, а наши раскольники, согласно религиозным заблуждениям, считают само оспопрививание за печать Антихриста. Таким образом, снова невежество крестьян и незнакомство их с необходимыми гигиеническими мерами сильно способствует распространению эпидемий»[215].

В 1901 г. читал свою лекцию «Общественное значение, причины детской смертности и борьба с нею» главврач Софийской (ныне

Филатовской) больницы д-р Д. Е. Горохов, возглавлявший Московское общество борьбы с детской смертностью вместе с такими прославленными деятелями российской медицины, как Г. Л. Грауэрман, В. Я. Канель, Л. А. Тарасевич, С. А. Четвериков. Среди основных причин детской смертности раннего возраста он назвал желудочно-кишечные заболевания (40–50 %), относя к ним дизентерию, тиф, холеру и энтериты. Вслед за ними шли «пневмонии, болезни питания (рахит), болезни нервной системы (менингиты, в том числе туберкулезный) и несчастные случаи». Далее Д. Горохов сказал: «Обыкновенно наибольшие числа заразных заболеваний падают на возрасты после 5 лет. Наиболее частые заразные болезни у детей следующие: грипп… коклюш… корь… дифтерия… скарлатина… и дизентерия…»[216]. Как мы видим, натуральная оспа – преимущественно детская болезнь по своей природе – в этом перечне вообще отсутствует.

Разумеется, я далек от мысли, что натуральная оспа не представляла в царской России ни малейшей проблемы, хотя проф. Филатов и называл эту болезнь редкой. К концу XIX в. заболеваемость ею в России снизилась, но ни уникальной, ни даже особенно редкой она все-таки не была. Хочу лишь подчеркнуть, что эпидемические масштабы болезни в описании нынешних историков медицины и эпидемиологов безмерно раздуты, и акцент с крайне неудовлетворительной санитарно-гигиенической обстановки, в которой жило наиболее страдающее от оспы население и которая была истинной причиной как оспы, так и десятков других «беспрививочных» болезней, умышленно переносится на *отсутствие прививок*. Такая подмена недопустима и должна быть резко осуждена, как чисто пропагандистская и не имеющая ничего общего с серьезным научным подходом. Относительно достоверности дореволюционной статистики по эпидемическим болезням могу привести такую цитату из современной книги: «…Сведения о заболеваемости оспой, которые представляла Главная врачебная инспекция, были весьма далеки от действительности… При анализе отчетов за 1910 г. всплыли и вовсе абсурдные цифры, согласно которым в нескольких губерниях смертность от оспы была выше заболеваемости ею»[217].

Если вернуться к истории антипрививочного движения в Великобритании, то закономерным будет вопрос: так выиграла или

проиграла Англия, в которой общественное давление добилось права выбора в прививочном вопросе? Удачным будет сравнение английской политики в области прививок с политикой Пруссии и, впоследствии, Германии. Не побрезговав откровенной ложью, Прусская медицинская комиссия, поголовно состоявшая из сторонников прививок, заявила рейхстагу, что «нет ни одного достоверного факта, который бы говорил за вредное влияние вакцинации на организм человека», хотя недостатка в таких фактах, разумеется, не было со времен «спасителя» Дженнера и ни для кого они не были секретом, как не являются секретом бесчисленные нынешние осложнения прививок, которые исхитряются проводить по статьям «совпадение», «обострение имевшейся болезни», «интеркуррентное заболевание». С минимальным перевесом голосов в 1874 г. был принят закон, сделавший прививки младенцам и ревакцинации детям в возрасте 12 лет обязательными, если только родители последних не могли представить свидетельства ревакцинации, сделанной в течение последних пяти лет, или свидетельства того, что дети перенесли натуральную оспу. Имея примерно одинаковый уровень прививочного «охвата» до 1889 г., когда начала свою работу Королевская комиссия, страны затем разнились по этому показателю из года в год все больше и больше. Образцовый немецкий порядок строго выдерживался и в прививочном вопросе, а в Англии прививок становилось все меньше. Динамика заболеваемости оспой в обеих странах была проанализирована в опубликованной несколько лет назад статье проф. Хеннока из Ливерпульского университета. Автором было показано, что в итоге заболеваемость в обеих странах – в одной с почти поголовным прививанием и ревакцинацией детей и в другой, с постоянно снижающимся количеством прививок, полагавшейся главным образом на санитарные меры для контроля натуральной оспы, – к концу первого десятилетия XX столетия оказалась стабильно одинаковой и в дальнейшем уже практически не менялась, так что утверждения о германском беспримерном успехе в борьбе с натуральной оспой благодаря исключительно прививкам должны быть пересмотрены[218]. Здесь важно отметить, что Англия изначально находилась в значительно худшем положении по сравнению с континентальными странами (особенно такими «запертыми» внутри материка, как Германия), так как в нее натуральная оспа беспрерывно «импортировалась» из

южноазиатских колоний и проникала повсюду через морские порты, а потому контроль этой болезни действительно требовал полного напряжения сил и, особенно, безупречной работы портовой карантинной службы. И при всем при этом англичане, раз приняв закон, никогда более не впадали в истерику обязательных тотальных детских прививок, ликвидировав в итоге натуральную оспу так, как это предложил Дж. Т. Биггс. Сколько немецких детей заплатили жизнью и здоровьем за утверждение теории «спасающего коллективного иммунитета», осталось неизвестным[219]. Лишь попутно отмечу, что немецкие противники прививок отнюдь не прекратили борьбу с прививочным насилием. Врачи и невврачи объединились в «Союз противников прививок» со штаб-квартирой в Лейпциге («Verband der Impfgegner, e.V., Sitz Leipzig»), долгие годы регулярно выпускавший журнал «Противник прививок» («Der Impfgegner»), в котором сообщалось о неугодных вакцинаторам фактах. Известный немецкий писатель и врач д-р Фридрих Вольф (1888–1953) писал в своей книге «Природа как врач и помощник»: «Вот случай, с которым я столкнулся: здоровый сын одного торговца сразу после прививки заболевает тяжелым гнойным воспалением лимфатических желез на руке, в которую была сделана прививка, дело доходит до тяжелого абсцесса подмышечной железы с гангренозным распадом; через несколько дней ребенок умирает… Отца, несмотря на отчаянное сопротивление, принуждают прививать и других детей… хотя он уже потерял таким образом своего первого ребенка и хотя в этой местности в течение десятилетий не было ни одного случая оспы. К сожалению, такие случаи не редкость. Почти в каждом номере журнала [Союза противников прививок] можно найти свидетельства и фотографии таких случаев тяжелых осложнений от прививок. Даже такой сторонник прививок, как д-р Штауффер, вынужден признать: «Нельзя отрицать, что в результате прививки коровьей оспы скрофулез, протекающий до сих пор латентно (скрыто), может перейти в активную (воспалительную) стадию и зачастую привести к роковым для ребенка последствиям. Поражения желез, экзема (высыпания), заболевания глаз и ушные болезни, а также туберкулез могут встречаться после прививки в острой форме». При этом нерешенным остается вопрос, обеспечивает ли прививка действительную защиту от оспы. Невозможно оспорить то, что прививочный яд приводит к опасности

тяжелых прививочных осложнений у детей»[220]. Борьба против обязательных прививок в Германии продолжалась до самого крушения демократических институтов после прихода к власти национал-социалистов.

Пример Германии важен еще и потому, что именно на него ссылаются при изложении истории прививок российские вакцинаторы, утверждая, что никакой альтернативы массовым прививкам нет и быть не может. Вот, например, отрывок из статьи 1915 года: «Что оспопрививание является единственной надежной мерой от заболевания оспой, в настоящее время признается аксиомой. Где введено обязательное оспопрививание… там заболевания оспой или совершенно прекратились, или появляются в незначительных долях процента»[221]. Вслед за этим безапелляционным утверждением автор публикации, А. С. Ноздровский, приводил список стран, среди которых почему-то была и Англия (!), а также Америка, в которой количество привитых от оспы традиционно было невелико, невзирая на решения властей[222], и упускал, например, Швейцарию, давно (еще в 1883 г.) отменившую обязательность прививок, или Австралию, где обязательность прививок существовала в течение лишь очень недолгого времени (после смерти от прививок нескольких детей правительство отменило обязательность этой процедуры); в этих и других «беспрививочных» странах оспы практически не имелось. В то же время среди упоминавшихся автором в качестве «свободных» от оспы стран была Япония – действительно, с самыми жесткими прививательными законами, и при этом… беспрерывно страдающая от тяжелейших оспенных эпидемий. Об этой стране я хотел бы сказать несколько слов особо.

Япония приняла закон об обязательных прививках младенцам в 1872 г. Закон исполнялся, как и принято у японцев, неукоснительно. Оспа не обратила на это никакого внимания, и эпидемии продолжались. Тогда в 1885 г. был принят новый закон, требующий прививки *каждые 7 лет*. С 1886 по 1892 г. в Японии было проведено 25 474 370 вакцинаций, ревакцинаций и реревакцинаций, если можно так выразиться. Итог был вполне предсказуем: в течение этих самых семи лет было зарегистрировано 156 175 случаев оспы, из которых 38 379 (почти 25 %) закончились смертью. Это было значительно выше смертности в тот период, когда в Японии вообще не было ни одного

привитого против оспы. Заключительным аккордом к семилетке прививочного безумия стал 1893 год: 41 898 случаев заболевания оспой и 11 852 случая смерти. В 1896 г. японский парламент принял закон, который немедленно было подписан микадо: возраст первой ревакцинации снизился с семи до пяти лет. Невыполнение закона каралось строжайшим образом. Главный хирург Японии барон Такалира, принимавший участие в некоем торжественном мероприятии английской медицинской администрации в 1906 г., гордо сообщал: «В Японии нет противников прививок. Каждый ребенок получает прививку в возрасте до 6 месяцев, ревакцинируется, когда идет в школу в возрасте 6 лет. Следующая ревакцинация в 14 лет, когда он переходит в среднюю школу. Мужчины получают прививку перед поступлением на военную службу. Потом прививки проводятся каждый раз при очередной вспышке оспы». История умалчивает о том, задали ли барону вопрос: откуда же берутся эти самые «очередные вспышки», когда среди населения давнымдавно уже нет никого, кто бы не получил полную порцию прививок? Пример Японии подтвердил вывод некоторых исследователей: при не меняющихся санитарно-гигиенических условиях смертность населения от оспы *возрастает* по мере увеличения количества прививок от нее…[223]

Вполне иллюстрирует знакомство А. Ноздровского с предметом его изучения такая цитата: «В тех городах и государствах, где исчезла оспа, благодаря обязательной иммунизации населения, % отношение успешных прививок достигает 97,01 и не бывает менее 95,45 %»[224]. Такие полуфантастические цифры прививочного «охвата» вряд ли можно было тогда найти и в наиболее прививающих странах с самым что ни на есть законопослушным населением, за исключением разве что Италии[225]. Вывод автора был вполне ясен: «…Система оспопрививания, основанная на увещеваниях и уговорах, не может сопровождаться успехом, о чем свидетельствует столетний опыт практического оспопрививания в России, не уменьшивший количества оспенных больных… Очевидно, само население не может преодолеть своей пассивности в приобретении иммунизации посредством оспопрививания, и нуждается во внешних стимулах воздействия – в обязательности оспопрививания или в интенсивных моральных воздействиях»[226].

Разумеется, слабое и безвольное царское, а потом и Временное правительство на такие «интенсивные моральные воздействия» оказались неспособными, чего нельзя было сказать о большевиках, с которыми вакцинаторы быстро нашли общий язык и которые незамедлительно помогли населению «преодолеть свою пассивность», причем далеко не только в прививочном вопросе. Российский, а потом и верноподданный советский микробиолог Н. Ф. Гамалея (1859–1949), с 1912 г. заведовавший Санкт-Петербургским (позднее Петроградским) оспопрививательным институтом, один из тех чиновников с академическими титулами от медицины, кто был готов служить любой, даже самой людоедской власти, лишь бы та давала ему сытный паек и сохраняла за ним посты, вовремя ввернул проект борьбы с натуральной оспой. Нет сомнений, что и малограмотным, особенно в медицинских вопросах, красным комиссарам Гамалея повторил вслед за Прусской медицинской комиссией, что прививки коровьей оспы совершенно безопасны[227]. Уже в 1918 г. оспопрививание стало всеобщим и обязательным в северных областях, а 10 апреля 1919 г. Ленин подписал декрет Совета Народных комиссаров «Об обязательном оспопрививании», которым устанавливалось: «В целях более успешной борьбы с эпидемией оспы и для улучшения существующей ныне постановки оспопрививания, Совет Народных комиссаров постановил: 1. Установить в Республике обязательность оспопрививания на нижеследующих основаниях: 1) обязательному оспопрививанию подлежат все родившиеся, 2) все поступающие в учебные заведения всех типов, приюты и интернаты, 3) все поступающие и поступившие в армию и флот, 4) все рабочие и служащие во всех предприятиях и учреждениях, 5) все поступающие в тюрьмы и др. места заключения… Лица, уклоняющиеся от обязательного оспопрививания, а равно и лица, не озаботившиеся своевременным производством обязательного оспопрививания своим несовершеннолетним детям или другим несовершеннолетним, находящимся на их попечении, а также учреждения, в ведении которых находятся подлежащие оспопрививанию группы населения, подлежат ответственности перед Народным Судом»[228]. Впрочем, вряд ли дело часто доходило до народных судов. В те времена народные суды были заняты куда более важными делами, о которых мы теперь хорошо знаем. Имелись и другие, вполне большевистские методы решения проблемы: «Помимо

санитарной пропаганды… использовался и ряд достаточно жестких нестандартных мер (при уклонении от прививок- лишение продовольственных карточек, жалования, отказ в прописке для приезжих и др.). Факт прививки подтверждался специальным штампом в трудовой книжке, а у детей – в метрике»[229]. Нестандартно, что и говорить. Но вполне в рамках представлений о законности – так, как это понималось в Советской России.

Сейчас трудно сказать, были ли фантастические успехи (практическое исчезновение натуральной оспы к 1930 г.), достигнутые в СССР, выдумкой или же в какой-то степени соответствовали реальному положению дел. Вакцинаторы всегда очень любили фальсифицировать статистику в свою пользу, а в стране, где фальсификация являлась официальной государственной политикой, им, конечно, было особое раздолье. Одно несомненно: не будь в 1920-х гг. реорганизована вся медицинская система и введен жесточайший санитарный контроль с ранней изоляцией заболевших и наблюдением за контактировавшими с ними (очевидно, среди консультантов были и другие специалисты, грамотнее патологических прививателей вроде Гамалеи), оспа вряд ли была бы серьезно потревожена даже в том случае, если бы всех прививали каждый год.

В то время, когда в Советской России принимались законы об обязательном оспопрививании, позднее распространившиеся на весь СССР, прививочная кампания терпела очередное фиаско – на этот раз на Филиппинах. Под испанским владычеством эта страна уже вкушала прививочные блага с 10 %-ной эпидемической смертностью от оспы, но особого усердия в этом деле традиционно ленивые испанцы не проявляли, что, вероятно, и спасало какое-то время филиппинцев. Оспа действительно причиняла островитянам немало неприятностей из-за совершенно неудовлетворительной санитарно-гигиенической обстановки. Но вот Филиппины были захвачены Соединенными Штатами[230], и положение резко изменилось. Новые территории стали отличным рынком сбыта вакцин – естественно, принудительного, иначе аборигены не уразумеют всех преимуществ изобретенного европейцами метода отравления организма и распространения болезней. Постоянные и обязательные прививки против оспы начались в 1905 г. С 1911 по 1920 г. на островах было сделано 24 436 889 прививок[231]. На фоне 95 % привитого десятимиллионного населения в

страшную эпидемию оспы 1918–1920 гг. было зарегистрировано 163 000 случаев, из которых 71 000 закончилась смертью (здесь есть некоторый разнобой в данных: по некоторым найденным мною источникам это соотношение было 112 549 и 60 855 соответственно; меньше случаев, но летальность ощутимо выше). В наиболее вакцинированной части Филиппин, а именно в Маниле… читатели уже догадываются? летальность оспы была чудовищно высокой – 65,3 %: 1326 случаев заболевания и 869 смертей. Наименьшая летальность (11,4 %) была там, где вакцинаторам активно сопротивлялись; на Филиппинах это был остров Минданао, жители которого были известны своими «религиозными предрассудками» (включавшими отказ от прививок). Попутно: эпидемия оспы была лишь частью эпидемических несчастий, свалившихся на голову населения Филиппин в эти годы. По Лионелю Доулу, эта эпидемия совпала (случайно ли?) с эпидемиями малярии (93 000 умерших), инфлюэнцы (91 000 умерших), туберкулеза (80 000 умерших), дизентерии, холеры и тифа (70 000 умерших от всех трех болезней)[232]. Несмотря на все прививки, оспе не было сделано исключения в скорбном мартирологе.

Есть очень интересная дополнительная информация относительно этой страшной эпидемии, которая, возможно, прольет свет на ее причину. В 1918 г. США почему-то потребовалось реализовать большее количество вакцин, чем обычно. В этом году, при отсутствии каких-либо признаков эпидемии (были единичные случаи оспы с мягким течением, которые уже долгие годы постоянно присутствовали на Филиппинах), с помощью армии (наряду с полицией – отличный инструмент для обеспечения потребления спасительных медицинских услуг!) прививки были сделаны 3 285 376 филиппинцам. Из ранее привитых 47 369 заболели оспой, а 16 477 умерли. Само собой разумеется, что единственно возможный вывод, к которому могли прийти вакцинаторы, – мало прививок. Тем более что по какому-то загадочному стечению обстоятельств именно в том году началась оспенная эпидемия. В 1919 г. прививки были сделаны уже 7 670 252 человекам. Из них заболели 65 180, а 44 408 умерли. То есть после первого прививочного налета умерло около трети заболевших, а после второго – две трети. Вероятно, если бы эпидемия продлилась еще, американцы со своими прививками и другие инфекционные болезни просто бы постепенно истребили всех островитян[233].

Вернемся снова на Британские острова. После 1907 г. острота прививочного вопроса сошла с повестки дня, и многие организации, боровшиеся с прививочным насилием, постепенно прекратили свое существование. Однако промывание мозгов публике и, естественно, молодой врачебной смене не прекратилось ни в малейшей степени. Хочу ненадолго обратиться к дискуссии, начало которой было положено статьей д-ра Р. Гарроу, опубликованной в «Британском медицинском журнале» 14 января 1928 г., в которой он показал, что смертность от натуральной оспы в Англии и Уэльсе в 1923 и 1926 гг. среди привитых в возрасте старше 15 лет была в 5 раз выше, чем среди непривитых. В обсуждении, состоявшемся на страницах журнала 21 января, д-р Гарроу помимо всего прочего был обвинен еще и в том, что он (а не прививки, разумеется) своими вредительскими публикациями дает могущественное оружие в руки противников вакцинаций (письмо д-ра Ф. Вине). Там же было опубликовано письмо недоумевающего д-ра Перри. Молодой врач был воспитан, с его собственных слов, в вере в то, что натуральная оспа – болезнь непривитых, у которых она ведет к ужасающим последствиям; привитым же она не доставляет никаких беспокойств. Как статья Гарроу, так и его собственные наблюдения убеждали д-ра Перри в обратном. Накопившиеся у него вопросы он суммировал следующим образом: «1. Каким образом может быть, что натуральная оспа в пять раз смертельнее для привитых, чем для непривитых? 2. Как могло случиться, что при неуклонно снижающемся проценте привитого населения (с 85 % в 1870 г. до 40 % в 1925 г.) процент заболевающих натуральной оспой эквивалентен этому снижению, причем в те годы, когда меньше всего прививок, регистрируется и самая низкая заболеваемость оспой? 3. Каким образом могло произойти, что в самых прививаемых городах – Бомбее и Калькутте – оспа постоянно на подъеме, в то время как в наименее привитых городах, вроде Лейстера, она почти неизвестна? 4. Как может быть объяснен тот факт, что 80 % поступающих в городские больницы из-за оспы привиты, и лишь 20 % не привиты? 5. Как могло быть такое, что в Германии, наиболее прививаемой стране мира, больше смертей от оспы пропорционально населению, нежели в Англии: в 1919 г. было 28 смертей в Англии и 707 в Германии, в 1920 г. – 30 в Англии и 354 в Германии; в 1919 г. в Германии было 5012 случаев заболевания и 707 смертей, а в Англии в 1925 г. – 5363 случая и 6 смертей. Как можно все

это объяснить? 6. Можно ли приписать снижение заболеваемости натуральной оспой и смертности от нее тому же, чем объясняется снижение заболеваемости другими инфекциями и смертности от них, то есть улучшившейся санитарии и административному контролю?»[234]. В ответ редакционный комментарий, с трудом скрывая раздражение, бессильно посоветовал доктору «быть достаточно умным, чтобы не выдавать допущения за факты», хотя Перри ссылался именно на хорошо всем известные факты, которых упорно бежали вакцинаторы…

Начав стремительно снижаться в конце XIX столетия, к середине XX в. оспа практически исчезла из развитых стран, при этом вне всякой зависимости от того, насколько хорошо было в них поставлено прививочное дело и имелись ли соответствующие законы, требующие обязательных вакцинаций-ревакцинаций. Продолжали страдать от натуральной оспы лишь страны третьего мира – опять же, вне всякой зависимости от прививочной политики. Так, хуже всего дела обстояли в Бразилии, Индии, Индонезии, Конго, Нигерии, Пакистане и Сьерра-Леоне[235], причем из всех этих стран прививки не были обязательными лишь в Бразилии и Сьерра-Леоне – во всех остальных по закону требовались и вакцинации, и ревакцинации[236]. В ряде стран прививки были отменены не потому, что перспектива оспенной вспышки казалась ничуть не страшной, а потому, что перед последствиями прививок бледнела сама натуральная оспа. Даже советским авторам дозволили (правда, лишь в книге для врачей) написать следующее: «Почти параллельно с введением в практику вакцин появились сообщения о побочном их влиянии. Так, вакцинация против оспы, даже проводимая по всем правилам, вызывала у ряда больных осложнения. О наиболее тяжелых из них – менингоэнцефалитах – вначале запрещали сообщать в печати, чтобы не отпугнуть население от проведения вакцинаций. Несмотря на запрет, рост числа поражений мозга после прививок привел к появлению сообщений в литературе, в первую очередь в Дании, затем в Голландии, Германии, Франции, России. В некоторых странах от этих осложнений умерло людей больше, чем от заболевания натуральной оспой. В Голландии в 1954 г. от поствакцинальных энцефалитов погибал один на 60 привитых, что вызвало панику в стране… Кроме энцефалита описывались и другие осложнения – вакцинальная экзема, генерализованная и ползучая вакцинии и др.

Выделение вируса из ликвора и мозга погибших показало, что возбудитель этих осложнений один и тот же – вирус вакцины»[237]. Впрочем, это было только в книгах для специалистов. А широкую публику продолжали потчевать баснями: «Своевременная прививка всех здоровых детей против оспы практически безопасна и полностью предохраняет от этой страшной болезни»[238].

Прививки собирали свою жатву и при ликвидациях вспышек, когда прививали всех контактировавших подряд. Так, при вспышке натуральной оспы в марте 1953 г. в йоркширском городке Тод-мордене (19 тыс. населения, последняя смерть от натуральной оспы в 1893 г., последние случаи заболевания – в 1920-х гг.), детально описанной в книге Диксона в изложении д-ра Лайонса, принимавшего участие в ее ликвидации[239], при тридцати восьми заболевших и шести скончавшихся прививки были сделаны нескольким тысячам человек, что привело к двум дополнительным смертям (от генерализованной вакцинии и энцефалита), и еще один человек тяжело пострадал от энцефалита, хотя и остался жив. Показательно, что никто из них вообще не находился в фактической группе риска (среди так называемых контактов 1-й, 2-й или даже 3-й групп). Д-р Лайонс в своем отчете критиковал систему, при которой врачи получают деньги за прививочный «охват», стимулирующий проведение никому не нужных прививок в погоне за заработком: все, что на самом деле требовалось, это сделать прививки нескольким десяткам «контактов» 1-й группы. Врачи-прививатели заработали на этой вспышке по 200 фунтов стерлингов (что тогда, вероятно, было очень неплохими деньгами). В 1962 г., когда во время локальной вспышки оспы в Южном Уэльсе заболели 66 человек, 21 из которых скончался, обезумевшие с перепугу, забывшие лейстерские уроки и зомбированные на прививках власти начали срочно вакцинировать всех, кто контактировал, мог контактировать, мог контактировать с теми, кто контактировал или мог контактировать (по некоторым данным привито было до 900 тыс. человек!)… и в итоге поствакцинальные осложнения отправили на тот свет еще 17 человек, не говоря уже о тех, кто пострадал от прививок «легко», став инвалидом или тяжело заболев.

В 1958 г. с инициативой начать кампанию по искоренению натуральной оспы выступил представитель СССР на Всемирной Ассамблее здравоохранения, вирусолог проф. В. М. Жданов (1914–

1987). «По представленным расчетам, при 80 % привитых можно было достичь прекращения циркуляции вируса и ликвидации болезни в 4–5 лет. Советский Союз предложил большое количество вакцины; так же поступили и многие другие индустриально развитые страны»[240]. Советская инициатива была встречена среди экспертов ВОЗ отнюдь не единодушно. Так, проф. Арье Цукерман из вирусологической экспертной группы ВОЗ категорически противился плану всепланетных прививок, заявляя, что последствия такого мероприятия будут неизмеримо опаснее самой болезни[241]. Впрочем, сама идея искоренения натуральной оспы была вполне реальной по причинам, не имеющим к наличию или отсутствию прививок ни малейшего отношения. Натуральная оспа принадлежит к числу антропонозов, то есть болезней, возбудители которых поражают лишь человека (как и скарлатина, корь, полиомиелит и др.). Кроме того, при натуральной оспе нет животных и насекомых, переносящих болезнь (в отличие от чумы или брюшного тифа), нет и естественных животных резервуаров возбудителя (в отличие от малярии). При натуральной оспе не бывает «здоровых носителей» инфекции (в отличие от дифтерии) – заражающийся оспой непременно заболевает ею в той или иной форме. При этом клинические симптомы оспы ясно различимы и практически не могут быть спутаны с симптомами других болезней (как нередко путают, например, симптомы кори и краснухи). Вирус натуральной оспы генетически стабилен (в отличие, скажем, от вируса гриппа), так что человечеству за всю его историю борьбы с натуральной оспой приходилось иметь дело с одной и той же болезнью в двух ее основных разновидностях (вариола и вариолоид, вызываемые вирусами variola major и variola minor), с одними и теми же проявлениями, различавшимися лишь степенью своей выраженности. Восприимчивость к вирусу натуральной оспы в человеческом сообществе далека от абсолютной и намного ниже таковой, например, к вирусу коклюша и ветряной оспы, не говоря уже о кори (по данным некоторых авторов восприимчивость к натуральной оспе не превышает 50 %), а потому любая вспышка заболевания вполне поддается контролю путем ранней изоляции заболевших и активного наблюдения за контактировавшими с ними. Кроме того, имелись примеры стран, которые были практически свободны от натуральной оспы безо всяких повелевавшихся законом прививок. Так, в Австралии, Англии,

Бахрейне, Лихтенштейне, Люксембурге, Монако, Омане, США, Уругвае, Франции, Финляндии, Швейцарии и еще ряде мелких стран прививки против натуральной оспы не были обязательными[242], и, соответственно, привит там был небольшой процент населения, а ревакцинирован совсем уж незначительный. Фактически в ряде стран эндемическая натуральная оспа не отмечалась уже много лет (в СССР последний «собственный» случай был отмечен в 1937 г., в США – в 1949 г., в Канаде последняя вспышка была в 1916 г. и т. д.), а «импортированную» оспу, благодаря системе четко отлаженных санитарных и административных мероприятий, удавалось быстро локализовать. В СССР последний случай ввозной оспы был зарегистрирован в 1960 г. От больного, побывавшего в Индии и там заразившегося оспой, в Москве были инфицированы 19 человек (7 родственников, 9 человек персонала и 3 пациента больницы, в которую он был госпитализирован с нераспознанной оспой), затем от этих 19 заразились еще 23 человека и от последних – еще трое[243]. Неужели же все они были непривиты, откуда столько непривитых в стране тотальных прививок? Ну нет. «Все заболевшие вакцинировались в детстве. В 1957 г. ревакцинировались 10 человек, у трех из них была положительная реакция на прививки. В 1960 г. было ревакцинировано 23 человека до заболевания, из них с положительной реакцией – 14. Во время заболевания было ревакцинировано 14 человек, из них с положительным результатом – пятеро»[244]. Итак, из 46 заболевших в Москве получили прививки в детстве *все,* 23 человека – в том же самом году, в каком заболели (ай да эффективные прививки!), десять человек – за три года до болезни, и еще четырнадцати прививки, сделанные на фоне уже имевшегося заражения, также не помогли. Трое заболевших скончались (из них двое с тяжелыми фоновыми заболеваниями), остальные перенесли оспу разной степени тяжести (в основном вариолоид). Ну и какой же вывод? Вот он, изумительный перл вакцинаторской логики: «Преобладание легких стертых форм заболеваний при вспышке оспы в Москве в 1960 г. еще раз подтверждает огромное значение обязательных в СССР прививок против! оспы»[245]. Хорошо хоть, что уже не говорилось о прививках как средстве предупреждения оспы – теперь всего лишь утверждалось, что прививки делают оспу легкой и чуть ли не приятной. Этот творческий подход впервые был развит вакцинаторами во время

оспенной эпидемии 1816–1819 гг. в Англии, когда впервые обнаружился провал прививок коровьей оспы уже в национальном масштабе. Во время той эпидемии, как это нередко случалось и ранее (примеры были приведены проф. Крейтоном в главе по натуральной оспе в его «Истории эпидемий в Британии»), преобладали мягкие формы оспы, что немедленно было приписано благотворному действию прививок. С тех пор присказка «если прививка и не защищает, то делает болезнь мягче» стала одной из самых ходовых в прививочной пропаганде. И в самом деле: как бы ни тяжела была болезнь, если только она не заканчивается смертью, всегда можно предположить, что без прививки она была бы еще тяжелее, а потому возразить искренне верящему в прививки и в самом деле нечего.

Здесь по ходу дела интересно отметить постепенное развитие прививочных установок. Дженнер заявлял, что прививка коровьей оспы делает привитого на всю жизнь невосприимчивым к натуральной оспе. Его последователи уточнили: не на всю жизнь, а только на время, прививки нужно повторять. Потом оказалось, что прививки, сколько ни повторяй, от болезни все равно не спасают. Лев Бразоль писал об этом в своей книге: «Предохранительная сила вакцинации должна была действовать всю жизнь; потом только 20 лет, потом 15, 10 и 5 лет. Но в последние эпидемии 70-х годов стало ясно, что и пятилетний срок чересчур велик, потому что от оспы сплошь и рядом заболевали и умирали дети спустя три, два года, даже спустя год или часто несколько месяцев после успешной вакцинации. Наконец, профессор Фридберг в Бреславле, известный защитник принудительного оспопрививания, в своем сочинении о предохранительной вакцинации… говорит, что вакцинация предохраняет от оспы только до тех пор, пока нет оспенной эпидемии, а «при появлении оспенной эпидемии оспенный яд приобретает такую силу заразительности, что уничтожает предохранительную силу предшествовавшей вакцинации». Из этого ясно, что предохраняющая сила вакцинации равняется нулю, и то, чего не может дать вакцинация, понятно, не может быть достигнуто посредством ревакцинации»[246].

Когда стало уже невозможным отрицать факт бессмысленности и повторных прививок, тогда в ход пошло новое изобретение: да, заболевания они вообще не предотвращают, но зато уменьшают смертность среди привитых и делают у них течение болезни *мягче*. Это

последняя линия прививочной обороны, дальше этого идти уже некуда: следующим логическим шагом остается только заявить, что прививки вообще никакого влияния на заболеваемость и смертность не оказывают.

Впрочем, наряду со стандартными пропагандистскими рассуждениями было подтверждено и всем давно известное: «Московская вспышка, как и многие аналогичные за рубежом, подтверждает, какое большое значение для предупреждения оспы имеет полноценная своевременная диагностика первого заболевания. Вместе с тем, даже в больших городах при достаточно развитой медицинской сети просмотр заболеваний оспой, как показывает опыт ряда стран, не может вызвать значительных эпидемий. В худшем случае вспышка ограничивается десятками заболеваний. Этим оспа в странах, высокоорганизованных в медицинском отношении, отличается по течению от развития заболевания в отсталых странах, где оспой болели и болеют тысячи и десятки тысяч людей даже в последние годы» и «Далеко не всегда завоз инфекции ведет к вспышкам ее, а тем более к эпидемическому распространению оспы. Материалы Всемирной организации здравоохранения служат доказательством, что в половине (10 из 18) случаев завоза оспы в страны, где болезнь ликвидирована, наблюдаются лишь единичные случаи. Медицинские работники должны помнить, что болезнь не получает распространения не только в связи с достаточно напряженным иммунитетом населения, но *даже при его недостаточной резистентности, если вовремя изолировать больного»* (выделено мной. – *А. К.*)[247]. Или: «Фридеман (Friedeman, 1927) наблюдал сотни лиц, контактировавших в общих помещениях с больными оспой. Он изолировал из числа контактировавших только заболевших при появлении первых же признаков заболевания и не видел ни одного случая дальнейшего распространения оспы, зависевшего от передачи инфекции изолированными больными. Диксон (1948) приводит аналогичные наблюдения. Эти данные показывают, что ранняя госпитализация больных оспой представляет мощное средство предупреждения ее распространения. А если это так, то обсервация «контактов», сопровождающаяся госпитализацией всех тех, у кого появились микросимптомы инфекционного заболевания, является достаточно сильным профилактическим мероприятием. Вместе с вакцинацией эти мероприятия достаточны для профилактики оспы.

При них отпадает необходимость карантинизации лиц, контактировавших с больными. Обсервация заключается в измерении температуры до и после окончания работы и осмотре кожных покровов и слизистых оболочек лиц, контактировавших с больным оспой»[248]. Выкинуть отсюда вакцинацию, и мы получим Лейстер в чистом виде!

Уже в разгар «коллективных усилий всего человечества по искоренению натуральной оспы», в 1971 г. Англия и США *вообще* прекратили прививки против натуральной оспы, поскольку риск тяжелых осложнений безмерно перевешивал предполагаемую пользу. Так, в США, при фактическом отсутствии самой болезни, за 1959–1968 гг. противооспенные прививки стали причиной только официально зарегистрированных 68 смертей – 60 при первичной вакцинации и 8 при ревакцинации[249]. О точной статистике смертей и инвалидностей после оспенных прививок в СССР мы вряд ли когда-нибудь узнаем, но по некоторым отрывочным сведениям можно предположить, что их число не только ничуть не уступало американскому, но и, вероятнее всего, его превосходило. Так, в одном только Ленинграде за четыре года в клинике прививочных реакций НИИДИ после прививок против оспы было госпитализировано 173 ребенка, из них 37 – с поражением центральной нервной системы (энцефалопатия – 29, энцефалит и миелит – по 3, менингоэнцефалит и серозный менингит – по 1), остальные – с генерализованной вакцинией, вакцинальной экземой, ползучей вакцинией, обострением других болезней на фоне прививок. Сколько детей погибло, сколько осталось инвалидами и вообще были ли выздоровевшие, автор публикации не сообщает, ограничиваясь скромным «исход заболевания чаще зависел от времени начала специфической терапии (гамма-глобулин, метисазон и др.)»[250]. Вопрос об осложнениях прививки от натуральной оспы довольно подробно разбирается в ВОЗовской «Натуральной оспе и ее искоренении» Ф. Феннера и соавторов (1988), а потому я на нем детально останавливаться не буду. Можно суммировать, что осложнений этих в совокупности было много, причем частота и тяжесть их зависели от множества факторов – начиная с состояния здоровья прививаемого и штамма вируса, каким делалась прививка (некоторые штаммы в начале 1960-х гг. пришлось заменить из-за неприемлемого количества вызываемых ими осложнений), и заканчивая тем, кто эти осложнения регистрировал. Для иллюстрации:

в Австрии в период с 1948 по 1953 г. энцефаломиелит в возрасте старше двух лет регистрировался с частотой 1219 случаев (энцефалопатия в возрасте младше двух лет – 103 случая) на миллион привитых, в Голландии (1940–1943) – 348 и 50, а для США те же показатели за 1968 г. равнялись всего лишь 2 и 7 соответственно[251]. Всего же, например, в США за 1968 г. было зарегистрировано 572 осложнения различной степени тяжести на 14 168 000 прививок[252].

Учитывая, что смертность при поражении мозга после оспенных прививок традиционно была высокой (от 30 до 80 % по данным разных авторов) и, кроме того, и вакцинальная экзема, и ползучая вакциния также отнюдь не редко могли стать причиной смерти[253], и экстраполируя эти данные на весь СССР за 60 лет прививок против оспы (включая в расчет систематически ревакцинируемых, также дающих свой процент заболеваемости и смертности после прививок), можно очень осторожно предположить, что не менее нескольких десятков тысяч человек от оспенных прививок в СССР погибли и многократно больше стали инвалидами. Была ли в этом необходимость, если здесь вообще уместно использовать такое слово?

И, разумеется, я обязан подчеркнуть, что речь здесь идет только о непосредственно связанных с прививками и доказанных осложнениях. Однако на протяжении всей прививочной истории говорится и пишется о том, что прививки способствуют развитию самых опасных болезней. Например, относительно рака д-р Элеонор Мак-Бин в своей книге приводит такие высказывания специалистов: «Главной, если не единственной причиной чудовищного роста заболеваемости раком являются прививки» (д-р Роберт Белл, ведущий специалист Лондонского ракового госпиталя); «Я уверен, что около 80 % всех смертей от рака обусловлены прививками. Последние известны своим опасным и необратимым воздействием также на сердце» (д-р Герберт Сноу, хирург Лондонского ракового госпиталя); «Я не стесняюсь заявить, что, по моему мнению, самая частая предрасполагающая причина развития рака вносится в кровь вакцинациями и ревакцинациями» (д-р Деннис Тернбул, исследователь рака, после 30 лет изучения проблемы)[254]. Формат книги в целом и этой главы в частности является единственным ограничением для того, чтобы опубликовать сотни заявлений такого рода, связывающих прививки с самыми разными заболеваниями. Из той же книги Мак-Бин я просто

приведу статистику увеличения заболеваемости в США за 70 лет (до 1957 г.): психические болезни – 400 %, рак – 308 %, анемия – 300 %, эпилепсия – 397 %, болезни сердца – 179 %, диабет – 1800 %, полиомиелит – 680 %. Конечно, в некоторой степени увеличение могло быть приписано просто лучшей диагностике болезней, но факта чудовищного роста заболеваемости самыми тяжелыми недугами в XX в. это существенно умалить не может. Многие уважаемые доктора, серьезно занимающиеся проблемами прививок и не связанные с прививочным бизнесом, могли бы сказать читателям, что за эти страшные цифры во многом следует благодарить вакцинации. В старой советской монографии, посвященной прививкам, сообщается: «Следует упомянуть также о наблюдениях ряда авторов о провоцирующем влиянии оспопрививания на некоторые хронически протекающие заболевания. Так, В. Н. Лебедев (1963), Н. В. Потанин (1964), А. В. Мазурин (1965) указывают, что под влиянием оспенной вакцинации отмечается обострение или первое проявление некоторых форм геморрагического диатеза (геморрагический васкулит, болезнь Верльгофа), а Е. А. Котс с сотрудниками (1964) наблюдала тяжелое обострение лейкемического процесса у больных лейкозом под влиянием вакцинации. Е. М. Тареев с сотрудниками (1964) описал 2 случая развившегося вслед за вакцинацией лимфогранулематоза и ретикулеза с летальными исходами, а также обострение под влиянием оспопрививания различных системных заболеваний, в том числе коллагенозов… В единичных случаях оспенная вакцинация может вызвать обострения различных аллергических заболеваний, в частности, возобновление приступов астмы, иногда после длительной ремиссии… Н. В. Захарова наблюдала двух детей с бронхиальной астмой, первые приступы которой появились в связи с оспенной прививкой»[255].

Курс на искоренение натуральной оспы был одобрен ВОЗ в 1959 г., а кампания стартовала в начале 1960-х гг. Разумеется, лейстерский опыт не был указом для ВОЗ, а потому никаких иных идей, как ликвидировать оспу без прививок, у большинства ВОЗовских экспертов возникнуть не могло. Ударная кампания по борьбе с оспой прививками довольно быстро показала свою полную неэффективность – оспу вакцинациями обмануть не удалось, как не удавалось в течение всего прививочного периода со времен Дженнера. Прививок становилось все больше, а оспы ничуть не уменьшалось. Пришлось, скрепя сердце,

возвращаться к лейстерским баранам… Новая стратегия и новая «интенсифицированная» программа были опробованы в 1967 г., когда после 7 лет усердного прививания 42 страны сообщили о 131 000 случаев оспы (причем, по оценкам экспертов ВОЗ, это составляло лишь около 5 % всех действительных случаев). Стараясь по возможности избегать открытого признания, советский автор сообщал: «К числу основных факторов, которые повлияли на исход первого этапа программы, следует отнести также недооценку эпидемиологического надзора как важнейшего инструмента в борьбе с оспой. Эта недооценка роли активных противоэпидемических мер в борьбе с оспой имела место не только на протяжении всего первого этапа, но и в начале интенсифицированной программы… С учетом накопленных наблюдений, Комитет экспертов ВОЗ в 1972 г. определил эпидемиологический надзор как краеугольный камень стратегии ликвидации оспы. Согласно определению Комитета экспертов, основным содержанием эпидемиологического надзора являются выявление случаев заболевания, проведение эпидемиологического расследования и осуществление с учетом полученных данных комплекса противоэпидемических мероприятий для прерывания трансмиссии инфекции. Проведение систематической вакцинации населения стало рассматриваться как поддерживающая мера»[256].

Перенесение акцента с прививок на раннюю изоляцию заболевших и наблюдение за контактировавшими с ними, как это было и в Лейстере, оказалось таким же удачным и в мировом масштабе. Ливерпульский микробиолог, проф. Деррик Бэксби, один из крупнейших специалистов по оспенным вакцинам и автор многочисленных публикаций по натуральной оспе, заявивший в своей заметке в «Британском медицинском журнале», что рассказы об искоренении оспы прививками подходят разве что для научно-популярных брошюр[257], высказался следующим образом: «Несомненно, прививки играли роль в снижении частоты заболеваемости до уровня, доступного для контроля. Тем не менее, *ключ к искоренению болезни был в перенесении акцента с не слишком успешных массовых прививок на динамическую кампанию по надзору за предотвращением заражения,* подкрепленную прививками. Важность такой политики была продемонстрирована в Сьерра-Леоне. В 1967–68 гг. заболеваемость оспой в Сьерра-Леоне была самой высокой в

мире. Кампания по искоренению стартовала там в январе 1968 г., а последний случай был зарегистрирован в апреле 1969 г. С тремя из четырех самых крупных вспышек оспы удалось справиться без массовых прививок. Такой же успех был достигнут в других странах Западной и Центральной Африки»[258] (выделено мной. – *А. К.*). Или: «В Индии программа массовой вакцинации, проводившаяся с 1962 г., хотя и сыграла определенную роль в снижении заболеваемости, оказалась малоэффективной в отношении ликвидации этой инфекции. Поэтому ВОЗ рекомендовала применить в борьбе с оспой оправдавшую себя систему эпидемиологического надзора и выборочной вакцинации. С сентября 1973 г. в Индии стала проводиться вакцинация только по эпидемическим показаниям»[259]. С неохотой признают эти факты и другие вакцинаторы[260].

Заключение

Думаю, что читатель, прочитав эту главу, захочет спросить: хорошо, что же вообще представляли собой эти самые болезни, прививание которых человеку якобы защищало его от натуральной оспы? Забавно, но, похоже, ответа на этот вопрос нет. Вся эта история с лошадиным мокрецом и коровьей оспой с самого начала была тесно связана с корыстными выдумками Дженнера, несколько раз менявшего свои взгляды на природу и свойства коровьей оспы в зависимости от того, что можно было удачнее «сбыть» публике, а потому, по точному выражению проф. Крейтона, никогда не говорившего прямо, если можно было быть скрытным и туманным.

Начнем с так называемого лошадиного мокреца (horsegrease), болезни лошадиной бабки, которую Дженнер в первом и самом главном своем эссе 1798 г. объявил «источником истинной коровьей оспы». Мысль о прививании вонючего гноя с лошадиных копыт была принята публикой столь недружественно (особенно отговаривали Дженнера от этой идеи д-ра Вудвиль и Пирсон в Лондонском инокуляционном госпитале), что с 1799 г. и далее Дженнер не обмолвился о ней более ни единым словом, переключившись на уникальную «самозарождающуюся» коровью оспу. Проф. Д. Бэксби дает в своей книге лаконичные сведения о некоторых заболеваниях лошадей, которые могут рассматриваться в качестве имеющих отношение к вопросу о натуральной оспе и защите от нее[261]. Я лишь вкратце суммирую эту информацию. Существует очень много неточностей в описаниях различных лошадиных болезней и в их названиях. Если предположить, что Дженнер говорил о той болезни, что называется мокрецом и в наши дни, то она не имеет никакого отношения к натуральной оспе и в целом к семейству вирусов Poxviridae, к которому относятся разные «оспенные» вирусы. Эта болезнь возникает у лошадей, которые содержатся в условиях повышенной влажности и имеют постоянный контакт с грязью. При улучшении условий содержания эта болезнь, предположительно вызываемая грибком Dermathophilus congolensis, проходит бесследно. Под болезнью же, называвшейся в XIX в. лошадиной оспой (horsepox), ныне понимают совершенно другую болезнь, также не имеющую никакого касательства

к интересующему нас предмету, а именно лошадиную экзантему, вызываемую вирусом герпеса. Трудно сейчас сказать, откуда именно брали вакцинаторы свой чудодейственный материал и насколько можно верить их рассказам о невероятных успехах в деле защиты от натуральной оспы с помощью лошадиного мокреца. Бэксби предполагает, что, тем не менее, в XIX в. существовала некая другая, *истинная лошадиная оспа,* предположительно вызывавшаяся вирусом из тех же семейства Poxviridae, подсемейства Chordopoxviridae и вида Orthopoxviridae, при этом невесть откуда бравшимся – вероятно, так же как и в случае с коровьей оспой (см. далее), источником становилось «неизвестное маленькое дикое животное» (some unknown small wild animal)[262], усердно поставлявшее нужные вирусы домашним животным. Отдавая дань ловкости этого неуловимого маленького хитреца[263], уже два века умудряющегося скрываться от исследователей, я хотел бы лишь обратить внимание читателей на то, что именно с появлением вирусологических исследований истинная лошадиная оспа, чем бы она ни была, словно по роковому совпадению исчезла и никогда больше не появлялась. Последняя вспышка этой болезни, со слов Бэксби, была зарегистрирована в 1901 г. и двумя годами позднее описана д-ром Ф. Блэксоллом[264] (бывшим, кстати, директором английского Правительственного института прививочных лимф, открывшегося в 1899 г.), да и в том описании не было ничего важного. Известно, что при контакте с рукой человека она вызывала язвы, сходные с теми, которые вызывала коровья оспа. Д-р Джон Лой из Йоркшира экспериментировал с лошадиной оспой, прививая ею сначала коров, а потом уже детей, в том числе и друг от друга, и инокуляционный тест у него неизменно показывал, что они защищены от натуральной оспы. Об этом он сообщил в своей статье «Отчет о некоторых экспериментах по выяснению источника коровьей оспы» в 1801 г.[265] Он послал ее копию Дженнеру; тот одобрил эти изыскания и заявил в одном из частных писем, что «они убедительно подтверждают мои ранние высказывания». Однако к тому времени, как я уже сказал выше, Дженнер навсегда решил отказать лошадиному мокрецу в каком-либо участии в своей теории, и никакого дальнейшего развития дело не получило, хотя Дженнер использовал в дальнейшем лошадиную оспу наравне с коровьей. Поскольку сама эта болезнь была достаточно редкой и практически никогда не служила источником прививочных

лимф[266], никакой объективной интерпретации результатов нескольких сомнительных по качеству экспериментов восторженных исследователей сейчас быть уже не может, а самой болезни более не существует, то всю историю с лошадиной оспой можно признать слишком туманной и не слишком достоверной, хотя и в цитируемой книге, и в более поздних своих работах проф. Бэксби заявлял, что вирус вакцины происходит именно от той самой (таинственной и так вовремя исчезнувшей!) лошадиной оспы. В первую очередь возникает вполне логичный вопрос о причинах этого поспешного исчезновения «правильной» лошадиной оспы. Неужели из-за того, что внезапно перевелись загадочные «неизвестные маленькие дикие животные», не дожидаясь, когда они станут предметом беспристрастного научного изучения?

Но что же с заветной коровьей оспой? Не желая утомлять читателя деталями, которые могут представлять интерес лишь для специалистов, я, как и в случае с лошадиным мокрецом, лишь суммирую нынешние представления по этому вопросу (которые до сих пор являются предметом дискуссии). То, что в XIX в. и ранее именовалось коровьей оспой, может быть проявлением нескольких совершенно различных болезней, в том числе чаще всего встречающейся паравакцинии, вызванной парапоксвирусом, которой нередко заражаются от скота фермеры[267], коровьей оспы (вирус которой, как и вирус натуральной оспы, относится к тому же виду Orthopoxviridae), а также бычьего герпеса и нескольких видов бородавок. Коровья оспа, несмотря на свое название, на самом деле *не является болезнью коров* (ею так же, как и коровы, заражаются представители семейства кошачьих, а также слоны, носороги, муравьеды, окапи; описано заражение коровьей оспой домашней собаки), но кто является истинным хозяином этого вируса – неизвестно (см. выше о «неизвестном маленьком диком животном»). Человек в целом очень мало восприимчив к этой болезни (так, в Англии регистрируется один-два случая в год), причем в половине случаев заражение происходит вовсе не от коров, а от кошек. Увидел ли Дженнер настоящую коровью оспу или позднейшее обнаружение этой болезни как вызываемой вирусом того же семейства и вида было простым совпадением, останется загадкой. Коровья оспа у домашнего скота традиционно была столь редким явлением, что на всем протяжении XIX в. никогда не служила хоть сколько-нибудь надежным

источником прививочного материала[268]. Сам Дженнер, сделав всего несколько успешных (с его собственных слов) прививок, быстро утратил этот источник и через некоего студента-ветеринара по фамилии Тэннер, ассистировавшего д-ру Вудвилю в уже упоминавшемся Лондонском инокуляционном госпитале, получил какой-то весьма подозрительный материал из пустул пациентки по имени Энн Бампас, которая вскоре после прививки коровьей оспы заболела самой настоящей натуральной оспой[269]. Именно лимфа, полученная Вудвилем из лондонского коровника в Грэйс Инн Лейн и, очевидно, зараженная в его госпитале натуральной оспой, в том числе и от Энн Бампас, дала начало многим европейским лимфам (в том числе и использовавшимся Дженнером). Проследить их судьбу трудно, но, вне всякого сомнения, то, что в течение всего XIX в. зачастую выдавалось за прививки коровьей оспы, было не чем иным как старыми добрыми *инокуляциями,* с примесью коровьей оспы или без нее – не суть важно.

Редкость самой болезни, то есть этой настоящей коровьей оспы, и еще большая редкость инфицирования ею человека заставляют задуматься над тем, что же Дженнер, Вудвиль и другие действующие лица принимали за коровью оспу. Очень вероятно, что *не человек заражался коровьей оспой от коров* (как в силу своей малой восприимчивости к вирусу коровьей оспы, так и в силу редкости самой болезни), а *коровы заражались натуральной оспой от человека* (например, от кого-то из недавно инокулированных работников фермы), а потом уже ослабленной натуральной оспой вновь заражался кто-то из ухаживающих за скотом. Это объясняет, почему пустулы возникали только у коров (а не у быков и телят) и только на вымени – ведь с ним и соприкасались руки свежеинокулированных дояров и доярок. Хотя такое развитие событий вряд ли было очень частым, все же вероятность его была намного выше вероятности заражения человека настоящей коровьей оспой. В свое время вопросом относительно возможности заражения коров человеческой натуральной оспой занималась так называемая Лионская комиссия во главе с д-ром Шаво, опубликовавшая свой отчет в 1865 г. Хотя коровы и не заболевали типичной натуральной оспой (по ироничному замечанию проф. Крейтона, с таким же успехом можно было пытаться превратить конский каштан в каштанового коня), тем не менее пустулы получать все же удавалось. Логично предположить, что точно такая же история могла быть не только с

коровами, но и с лошадьми, бабки которых могли заражать недавно инокулированные конюхи (которые в те времена, кстати, занимались и дойкой коров, так что могли переносить инфекцию и с вымени коров на бабки лошадей). Полагаю, что частичным подтверждением этой гипотезы может быть описывавшийся гомеопатами успех в лечении натуральной оспы нозодами *Malandrinum* (из лошадиного мокреца) и *Vaccininum* (из коровьей оспы). Если все это так, то круг замыкается. Никаких оригинальных прививок новой болезни не было – речь шла все о тех же инокуляциях в различных их модификациях (вирус проходил через коров, лошадей, потом через людей). Да, он терял свойство вызывать типичную натуральную оспу. Однако невозможно отмахнуться от выводов ряда исследователей, которые со статистикой в руках доказывали, что прививки *предрасполагают* к последующему заболеванию натуральной оспой, – не говоря уже о бесчисленных документированных фактах позорного провала обещанной «защиты», которые вакцинаторы традиционно пытались списывать на что угодно, лишь бы не поставить под удар, говоря словами д-ра Седильо, «неприкосновенную святыню», какой является сам оспопрививательный обряд[270].

После того, как тысячи и тысячи спасаемых от натуральной оспы были заражены сифилисом и иными столь же малоприятными болезнями при переносе материала «от руки к руке», в разных странах постепенно пришли к необходимости (несмотря на яростное сопротивление некоторых вакцинаторов, все еще пытавшихся отрицать очевидное) отказаться от гуманизированной лимфы в пользу телячьей лимфы или метода ретровакцинации. Для получения такой лимфы теленку вносилось содержимое оспенных пустул больного натуральной оспой человека, а когда на животном вызревали десятки оспенных пустул, жидкость бралась из них и фиксировалась глицерином. Никакого отношения к коровьей оспе, разумеется, эта процедура не имела. Это, опять-таки, была инокуляция, хотя и модифицированная – ослабление достигалось прохождением вируса оспы через животное. Позднее теленку стали вносить разные штаммы вируса вакцины, о котором необходимо сказать несколько слов. Когда в конце 1960-х гг. были проверены прививочные штаммы, использовавшиеся в ряде стран, то было обнаружено, что некоторые из них, что следовало из структуры ДНК, явно имели своим предшественником вирус variola, то

есть вирус, вызывающий натуральную оспу у человека. Практика «человек – теленок – человек» (ретровакцинация) с различными модификациями была распространена до конца 1930-х гг., когда ливерпульским бактериологом Алленом Уолтером Доуни (1901–1988) был обнаружен так называемый вирус вакцины – третий в дополнение к двум уже известным нам вирусам из вида Orthopoxviridae (коровьей и натуральной оспы; последний, кстати, был окончательно идентифицирован лишь в 1947 г.) семейства Poxviridae. Именно его штаммы лежат в основе всех нынешних противооспенных вакцин. Происхождение этого вируса неизвестно, но предполагается, что он является гибридом коровьей и натуральной оспы. Взаимоотношения между тремя представителями одного семейства достаточно сложные и не всегда укладываются в традиционные представления о «перекрестной защите» (если вообще верить в универсальность защиты такого рода). Так, прививка оспенной вакцины, основанной на вирусе вакцины, *не защищает* от инфицирования коровьей оспой, «хотя, возможно, и делает проявления болезни мягче»[271] (опять это неизменное «мягче!»).

Итак, «темна вода во облацех». Что именно открыл Дженнер, да и открыл ли он что-то вообще? Вряд ли кто-то может дать ответ на этот вопрос, потому что мы не знаем, с чем он и его последователи имели дело. Если все, что обнаружил Дженнер, это следы натуральной оспы человека на вымени коров (что вероятнее всего и что, я предполагаю, так и было), то приходится отказать ему даже в минимальных почестях. Оставим все это, однако, под вопросом. Но отвратительные безнравственные эксперименты на детях, научная недобросовестность, корыстная ложь[272], сокрытие нежелательных для продвижения бизнеса фактов[273] и безмерная алчность «благодетеля и спасителя человечества» вряд ли могут вызывать какие-либо сомнения у непредубежденного читателя. Российский автор, написавший, что с именем Дженнера «в медицине связана целая эпоха, а его научные труды, идеи и мысли живы до сих пор»[274], был по сути абсолютно прав, хотя подразумевал безусловно другое. Человечество до сих пор не может освободиться от влияния той эпохи и «трудов, идей и мыслей» Дженнера, поставленных на службу прививателям всех мастей и рангов.

Завершая эту главу, вернемся к главному вопросу: какова же была роль прививок в деле искоренения натуральной оспы? Точный ответ мог бы дать только следующий фантастический сценарий: изобрести машину времени, отправиться в прошлое и каким-то образом помешать Дженнеру объявить об открытии средства, на всю жизнь спасающего от натуральной оспы. Вполне возможно, что тогда исчезновение оспы человечество увидело бы намного раньше, чем это произошло вместе с прививками (как фактически исчезла чума, но с натуральной оспой это сделать, вероятно, было бы еще проще, так как натуральная оспа – антропоноз, то есть болезнь лишь человека). Но машины времени у нас нет. Значит, остается проанализировать имеющиеся факты. Провалы оспенных прививок на протяжении всей истории прививочной борьбы человека с натуральной оспой хорошо документированы независимыми наблюдателями в разных странах – в настоящей главе я привел лишь самую незначительную часть из наиболее известных. В тех странах, которые полагались исключительно на одни прививки, ничего кардинально не меняя в сфере гигиены и санитарии (Япония, Мексика, Англия до последней четверти XIX в. и др.), натуральная оспа не только никуда не исчезала, но оспенные эпидемии усиливались и становились чаще, забирая, по мере все большей «привитости» населения, все больше жертв. Когда ВОЗ, принципиально игнорировавшая накопленный человечеством опыт, упрямо хотела ликвидировать натуральную оспу одними прививками, она быстро убедилась в полном провале этого плана, после чего была вынуждена, фактически, перейти к лейстерскому методу – ранней изоляции заболевших и наблюдению за контактировавшими с ними. Однако это был ухудшенный вариант, поскольку он включал прививки контактировавшим с заболевшими оспой, чего в Лейстере практически не делалось. Если проецировать успешный опыт Лейстера, частично предсказанный д-рами Хейгартом и Симпсоном, на весь мир, то прививки можно смело выбрасывать – в них просто не было никакой необходимости. С другой стороны, перед нами примеры не только Лейстера, но и стран, где прививки против натуральной оспы либо не требовались по закону вообще, либо процент привитых был традиционно настолько невелик, что и по самым заниженным вакцинаторским меркам ни о каком коллективном иммунитете не могло идти речи. Впрочем, все это имеет значение лишь в том случае, если мы

верим, что прививки защищают на практике, а не на страницах престижных научных журналов и в опытах на крысах и кроликах. Ясно одно: не будь прививок – были бы сохранены жизни десятков тысяч жертв поствакцинальных осложнений, не были бы разрушены жизни еще сотен тысяч, ставших после прививок инвалидами, и жизни членов их семей…

Глава об истории натуральной оспы была бы неполной, если бы я не упомянул о научной гипотезе, связывающей СПИД с прививками против натуральной оспы. 11 мая 1987 г. на первой странице лондонской «Таймс» появился большой материал под заголовком «Прививки против натуральной оспы запустили вирус СПИДа». Советник ВОЗ, пожелавший сохранить анонимность, заявил в своем интервью «Таймс»: «Я считал эту связь чистым совпадением, пока не были получены последние данные относительно возможных реакций на оспенную вакцину. Сегодня я полагаю, что теория, связывающая эту вакцину и СПИД, объясняет внезапное появление последнего». В пользу этой теории, со слов эксперта ВОЗ, говорит следующее. 1. Семь африканских государств, наиболее страдающих от СПИДа, – это именно те семь стран, в которых наиболее активно проводилась кампания по прививанию от натуральной оспы. 2. Бразилия, единственная страна в Южной Америке, в которой проводились массовые прививки против оспы по программе ВОЗ, имеет самый высокий уровень заболеваемости СПИДом. 3. Дети из стран Центральной Африки в возрасте младше 11 лет (то есть не прививавшиеся против натуральной оспы) имеют меньшую заболеваемость СПИДом. 4. Факт, что в Африке СПИД не делает различия между полами, в то время как в западных странах им болеют в основном гомосексуалисты, может быть объяснен следующим образом. Около 14 тыс. гаитян, работавших в Африке под эгидой ООН, получили там прививки против оспы. Они вернулись на Гаити как раз в то время, когда Гаити стал излюбленным местом развлечений сан-францисских гомосексуалистов. 5. Возбудитель СПИДа, который ранее считался учеными «слабым, уязвимым и медленным», приобрел в африканских странах новые, агрессивные черты, что можно объяснить способностью живых вирусов (полученных с прививками против натуральной оспы) пробуждать к жизни дремлющие вирусы, в частности и вирус СПИДа. Когда «Тайме» обратилась за разъяснениями

к д-ру Роберту Галло, идентифицировавшему вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), вызывающий СПИД, то он ответил: «Связь между программой ВОЗ по искоренению натуральной оспы и эпидемией СПИДа в Африке – интересная и важная гипотеза. Я не могу утверждать, что все было именно так, но я давно уже говорю о том, что использование живых вакцин – как, например, вакцины против оспы – может активировать дремлющую инфекцию, такую как ВИЧ»[275].

Представляет ли все написанное в этой главе исключительно исторический интерес? Отнюдь. Хотя угрозы натуральной оспы больше не существует, иным прививочным пропагандистам не лень бросить идею о новом массовом оспенном прививании – то в свете ими самими же придуманной угрозы оспенного биотерроризма, то в свете местных вспышек инфекций, связанных с другими вирусами вида Orthopoxviridae. Хотя американские вакцинаторы по призыву президента Буша в 2002–2003 гг. пытались планово привить чуть ли не десять миллионов работников служб здравоохранения и спасения в свете мифической опасности со стороны Ирака, «охватить» удалось лишь 39 тысяч, причем трое поплатились за это жизнью, двое – пожизненной инвалидностью, а 85 – лечением в больницах, нередко в реанимационном отделении. Всего о побочных реакциях сообщили 822 человека, у 100 они были признаны серьезными. 75 тыс. доз вакцины (стоимостью, вероятно, не один миллион долларов), которую так и не удалось навязать, пришлось уничтожить за истечением срока годности[276]. Однако прививочные подрядчики – британская «Акамбис» с датской «Баварией Нордик» – вовсе не намерены отказываться от верного заработка. Сегодня по заказу правительства США они напряженно работают над новыми, «лучшими» противооспенными вакцинами. Последний крик моды, торжество биотехнологии: вакцины на основе сплайсинга («склеивания») антител человека… и шимпанзе. «Это важная находка для разработки эффективных мер против потенциальной биотеррористической атаки, включая использование смертельного вируса натуральной оспы», – заявил д-р Элиас Зерхуни, директор Национального института здоровья. «Крайне необходимо располагать эффективным лечением, доступным каждому при биотеррористической атаке», – добавляет д-р Энтони Фауци, директор Национального института аллергии и инфекционных болезней, где проводилось исследование»[277].

А вот одно из сообщений на тему оспы, повторенное 21–22 февраля 2002 г. во многих российских СМИ: «Как полагает директор НИИ вирусологии имени Ивановского академик РАМН Владимир Львов, есть достаточно оснований, чтобы ввести в России поголовную вакцинацию от этой болезни. Об этом, как передает РИА «Новости», он рассказал во вторник на коллегии Минздрава. Академик отметил, что хотя оспа и ликвидирована как болезнь, ее возбудитель в природе остался. В африканских джунглях в последнее время регистрируется так называемая «обезьянья оспа», которая по сути дела является «оспой, передаваемой через мелких грызунов, обитающих на этом континенте». Возбудитель оспы, передаваемый грызунами, был обнаружен и в нашей стране, в частности на Кольском полуострове, в Заполярье, в среднеазиатской пустыне. По словам Владимира Львова, в мире сейчас существует огромное количество природных очагов, в которых может произойти адаптация к передаче оспы человеку. В связи с этим академик отметил, что он совершенно убежден, что нужно начинать массовую вакцинацию. Правительство США, по его словам, уже закупило 100–300 миллионов доз вакцины для иммунизации населения. Академик отметил также, что наилучшие результаты достигаются при вакцинации детей»[278].

Не спешите назвать это сумеречным бредом, мои информированные читатели. Российские вакцинаторы настолько уверены в том, что раз появившаяся вакцина не может исчезнуть навсегда, что ныне разрабатывают новую адскую смесь: вакцина против натуральной оспы вместе с вакциной против гепатита В. Одна вредная и бессмысленная вакцина будет скомбинирована с другой, не менее вредной и еще более бессмысленной. Как вам понравится вот это: «Российскими учеными из новосибирского научного центра «Вектор» разработан новый, модифицированный вариант вакцины против оспы. Об этом… заявил заместитель директора ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор», член-корреспондент РАН Сергей Нетесов. «В центре «Вектор» получен пока лабораторный вариант вакцины на культуре клеток вируса оспы», – уточнил ученый. При этом новый вариант вакцины может одновременно защищать человека и от оспы, и от гепатита В. «Россия и сейчас защищена против оспы – на случай эпидемии в стране есть достаточный запас противооспенной вакцины, но она в ряде случаев вызывает различные болезненные реакции у

человека, вплоть до смертельных случаев», – рассказал Нетесов. «То, что сейчас разработано нашими учеными, не является радикально новой вакциной против оспы, но она более безопасная, оказывает значительно меньше побочных воздействий на организм», – заявил замдиректора Центра вирусологии и биотехнологии. Теперь эта вакцина должна пройти аттестацию на животных в Государственном контрольном институте им. Тарасевича, а затем клинические испытания на безвредность и переносимость на людях. Ученые считают, что по своим параметрам она вполне может быть использована для иммунизации…»[279].

Не могут смириться специалисты из «Вектора» с тем, что втуне пропадают заботливо сохраняемые и выращиваемые ими вирусы натуральной оспы, – ищут применения им и своей кипучей энергии. Выходит, рано радовались те, кто считал, что вместе с натуральной оспой в Лету кануло не меньшее, а то и большее проклятие – прививки от нее?

Люди… будьте бдительны!

Ветряная оспа

Болезнь

Ветряная оспа, заболевание, вызываемое вирусом Varicella-zoster из группы герпетических вирусов, относится к числу вполне безобидных детских болезней. Болеют обычно дети дошкольного и младшего школьного возраста. Важно отметить, что «у новорожденных и грудных детей заболевание возникает только в том случае, если мать в детстве не болела ветряной оспой»[280]. Инфицирование вирусом ветряной оспы беременной на ранних сроках может стать причиной врожденных пороков развития, а на поздних – заражения ветряной оспой новорожденного, когда смертность достигает 31 %[281]. Поэтому можно только приветствовать перенесение здоровым ребенком, особенно девочками, ветряной оспы в природой предназначенном для того возрасте.

Заражение происходит воздушно-капельным путем как от больных ветряной оспой, так и от больных опоясывающим герпесом, известным также и как опоясывающий лишай. Инкубационный период длится две-три недели. Начинается заболевание остро, с резкого повышения температуры до 38 °C и появления сыпи, которая в течение суток превращается в пузырьки. Через два-три дня пузырьки подсыхают; в течение примерно недели образовавшиеся корочки отпадают, не оставляя рубцов на коже[282]. Обычно никакого специального лечения не требуется. Витамины A и C, большое количество жидкости (минеральная вода и натуральные соки) и пост в течение нескольких дней в сочетании с отдыхом в чистой постели – вот все, что необходимо при нормальном течении болезни. После снижения температуры еще в течение суток следует продолжать давать натуральные фруктовые соки, разбавленные водой, затем два-три дня придерживаться вегетарианской диеты. Госпитализация не нужна. Лечение может потребоваться лишь при наличии сильно беспокоящих ребенка симптомов, например зуда или бессонницы при обильных высыпаниях. Очень полезным может оказаться использование гомеопатии[283].

Первыми лекарствами, которые должны привлечь внимание в лечении инфекционных болезней, должны стать *Aconitum* и *Belladonna,* В связи с тем, что к ним я буду возвращаться еще много раз на страницах настоящей книги, я хотел бы сейчас, при первом

упоминании, дать характеристику каждому из них и тем самым предотвратить возможную путаницу в дальнейшем. По точному замечанию известного французского гомеопата д-ра Леона Ванье (1880–1963), «эти два средства никогда не следует чередовать, так как они характеризуются противоположными показаниями»[284]. Есть несколько достаточно простых дифференциально-диагностических признаков, позволяющих сделать выбор между двумя этими поистине чудесными лекарствами, верное назначение которых позволяет оборвать болезнь в самом ее начале.

Итак, для *Aconitum* характерны *суженные зрачки,* «сухой», обычно без пота, жар, *возбуждение и страх.* Это средство для здоровых, крепких, упитанных детей, подростков или взрослых, болезнь которых началась с пребывания на холодном сухом ветру или вследствие того, что они оделись не по сезону. Именно благодаря достатку жизненных сил и нормально функционирующей иммунной системе ответ организма характеризуется высокой интенсивностью. Болезнь начинается внезапно: «минуту назад был здоров, а сейчас уже болен». «У *Aconitum* нет признаков медленно развивающейся длительной лихорадки. Лихорадка *Aconitum* – это обычно короткая яркая атака»[285]. Пациент возбужден, мечется, страдает. Важной чертой лекарства является сильная жажда. Пациент постоянно требует холодной воды, но жажды она не утоляет. Состояние улучшается в прохладе (больной снимает одежду, сбрасывает одеяло).

Иная картина характерна для *Belladonna.* Профессор Джеймс Тайлер Кент (1849–1916) выделял специфическую триаду этого лекарства: *жар, краснота и жжение.* «Жар бывает настолько силен, что, дотрагиваясь до больного *Belladonna,* вы сразу же отдергиваете руку, как будто прикасаетесь к раскаленной печке… Неважно, в какой части тела развивается воспаление, в любом случае отмечается жар крайней степени выраженности»[286]. *Больные крайне чувствительны* даже к малейшим сотрясениям (обычно вследствие не воспаления, а, по Кенту, «нервной гиперестезии»), свету, шуму и жалуются на ощущение пульсации в теле. *Зрачки расширены,* жажда может как присутствовать (при этом пациент просит лимонад или какие-либо газированные напитки), так и отсутствовать (при этом во рту значительная сухость), и пациент стремится тепло укрыться. «После периода жара появляются поты – они наиболее обильны на укрытых частях тела. Как только

пациент начинает потеть, он старается укрыться. Поты горячи и обильны, и как только они появятся, нервное состояние пациента ослабевает, он становится менее раздражительным… Вот так оказывается невозможным ошибиться: если появляется пациент с сухой лихорадкой, возбуждением, болями – тогда это Аконит; напротив, если больной появляется с влажной лихорадкой (с влажной кожей) и угнетением – это Белладонна»[287]. Если пациенты *Aconitum* возбуждены, то пациенты *Belladonna* угнетены, находятся в ступорозном состоянии. У *Belladonna* также может присутствовать страх, но если у *Aconitum* это страх смерти, то у *Belladonna* это страх воображаемых вещей, напоминающий делирий.

Эти симптомы могут служить путеводной нитью для тех читателей, которые захотят использовать в своей домашней практике гомеопатию.

Известный американский гомеопат д-р Вильям Тейлор считает, что всего несколько препаратов в целом покрывают до 95 % всех случаев ветряной оспы, когда вообще требуется лечение. При развившейся болезни чаще всего (60 % случаев) используется *Pulsatilla,* затем идут *Rhus* (15 %) и *Antimonium tartaricum* (менее 10 %). При нормально протекающей ветряной оспе чаще всего требуется *Pulsatilla* – особенно она показана, когда у ребенка сильный зуд, усиливающийся от тепла постели или от горячей ванны, капризность, желание свежего воздуха – дети просят открыть окно. Сильное беспокойство ребенка на фоне зуда может потребовать приема *Rhus toxicodendron. Antimonium tartaricum* обычно назначается при присоединившихся осложнениях со стороны дыхательной системы (чаще всего речь идет о кашле вследствие бронхита) и когда из пузырьков выделяется желтоватая жидкость, напоминающая мед. Остальные случаи приходятся на *Antimonium crudum, Mercurius vivus* или *Mercurius solubilis,* и *Sulphur.* Существует немало хороших гомеопатических руководств, в которых подробно излагаются патогенезы этих лекарств. К ним я и отсылаю родителей. В тяжелых случаях ветряной оспы, которые иногда встречаются у детей с фоновыми хроническими заболеваниями или у взрослых, для лечения применяется ацикловир (зовиракс), однако этот препарат сам имеет немало побочных эффектов, а потому его использование должно быть оправдано. Обычно ацикловир для внутривенного введения рутинно применяется у лиц, страдающих болезнями иммунной системы и

имеющих высокий риск развития осложнений ветряной оспы. Применение «на всякий случай» или ради кратковременного комфорта антибиотиков, кортикостероидов, аспирина или парацетамола не только совершенно бессмысленно, но и опасно. Сегодня даже ВОЗ признает, что искусственное понижение температуры не может считаться разумным мероприятием: «Лихорадка представляет собой древний, универсальный и обычно благотворный ответ на инфекцию, и ее подавление в большинстве случаев не приносит никакой ощутимой пользы или же приносит очень мало. С другой стороны, продемонстрировано, что подавление высокой температуры может быть вредно. У большинства людей этот вред почти незаметен, но когда речь идет о миллионах, то он может стать причиной увеличения заболеваемости и смертности. Соответственно, не следует поощрять широкое использование жаропонижающих (антипиретиков) ни в развивающихся, ни в развитых странах»[288]. Вряд ли подлежит сомнению, что значительный процент случаев тяжелого течения ветряной оспы и ее неблагоприятных исходов (осложнений), якобы ставящих под сомнение безобидность этого заболевания, должен быть приписан бездумному и безответственному лечению.

Осложнения ветряной оспы редки и в последней четверти XX в. демонстрировали тенденцию к дальнейшему снижению. Так, в США количество энцефалитов, вызванных ветряной оспой, снизилось с 58 в 1970–1979 гг. до 28 в 1980–1983 гг.[289] Среди них показательно снижение количества зафиксированных случаев синдрома Рея – тяжелой энцефалопатии, сопровождающейся конвульсиями и комой, что в первую очередь связано с отказом от практики лечения салицилатами (аспирином). Немецкие авторы, подсчитав все возможные осложнения ветряной оспы за 1997 г., определили риск развития осложнений у здорового ребенка – 8,5 на 100 тыс. детей в возрасте до 16 лет. При этом 38,6 % приходилось на осложнения, вызванные присоединением бактериальной инфекции (около 61 % – неврологические осложнения, практически все разрешившиеся без проблем). Ни одной смерти или угрожающего жизни состояния, вызванного, например, кровотечением, зафиксировано не было[290]. Присоединившиеся бактериальные осложнения действительно могут стать опасными, но развитие их характерно для детей, страдающих заболеваниями иммунной системы.

Некоторое обоснование прививка против ветряной оспы могла бы иметь у детей, проходящих химиотерапевтическое лечение в связи с онкологическими заболеваниями крови, но именно им она противопоказана.

После перенесенной ветряной оспы возникает стойкий, обычно пожизненный, иммунитет. Это тем более важно, что восприимчивость к вирусу ветряной оспы высока (до 90 %), а во взрослом возрасте болезнь имеет значительно более тяжелое течение[291]. Риск смерти от ветряной оспы для здоровых детей в США оценивается в 0,0014 %[292].

Заслуживают быть отмеченными недавние исследования, показавшие, что помимо пожизненного иммунитета заболевание ветряной оспой может оказаться полезным в другом аспекте. Было обнаружено, что у людей, имеющих антитела к вирусу ветряной оспы, меньше вероятность развития самых частых опухолей мозга, называемых глиомами, что, возможно, объясняется сходством антигенов вируса и глиом[293]. После выздоровления от ветряной оспы вирус не исчезает из организма, а сохраняется в нервных узлах (ганглиях) спинного мозга и у некоторых людей может проявить себя позднее в виде опоясывающего герпеса.

Ошибочно было бы предполагать, что ребенок обязан перенести болезнь в ее ясном, клинически различимом виде, чтобы иметь основания считать, что у него присутствует иммунитет к ветряной оспе. В университете Лаваля в Квебеке несколько лет назад было проведено исследование уровня антител к ветряной оспе, в котором приняли участие 2000 учащихся четвертых классов. Оказалось, что к возрасту 10 лет 92 % детей имеют такой иммунитет, причем он есть и у 63 % детей, у которых отсутствовала история самого заболевания. Авторы статьи отметили, что следовало бы сначала оценивать иммунный статус у прививаемых, но это, безусловно, будет сложно и повлечет за собой снижение «охвата» детей этой прививкой[294]. Следует также отметить, что в аннотации к вакцине «Варивакс» (см. ниже) ее производитель отмечает, что хотя длительность прививочного иммунитета неизвестна, иммунитет в популяции привитых может исчезнуть вследствие прекращения постоянного контакта с вирусом Varicella, постоянно «подпитывающим» его ныне. Говоря более доступным языком, сама идея элиминации, устранения этого вируса как такового грозит немалыми неприятностями, и тому у нас уже есть подтверждения. Дело

в том, что, когда мы говорим о стойком пожизненном иммунитете после какой-либо инфекционной болезни, мы, с позиций современной науки, вовсе не имеем в виду, что раз возникшие после перенесенной болезни антитела будут, словно заведенные, бесконечно вырабатываться сами по себе десятками лет в отсутствие какого-либо стимула для этого. Необходимы постоянные антигенные «толчки» из окружающей среды, научно именуемые бустерами (от англ. booster – тот, кто помогает, усиливает), периодический контакт с возбудителем, чтобы иммунная система реагировала на клеточном и гуморальном уровне, защищая своего хозяина от неприятностей. Циркуляция вирусов среди людей как раз и позволяет получать такие «толчки»[295]. Как только вируса, вследствие тех или иных причин (например, прививок) становится меньше, то и иммунитет, полагавшийся нами длительным или даже пожизненным, перестает таким быть. В отношении ветряной оспы все сказанное выше как нельзя более верно.

Здесь необходимо ненадолго отвлечься, чтобы ответить на очень важные вопросы, неизменно возникающие у всякого внимательного читателя: как сочетается утверждение о неэффективности прививок, часто повторяющееся в этой книге, со снижением циркуляции возбудителей в популяции и уменьшением регистрируемых случаев заболевания? значит, прививки все-таки эффективны, если болезней, от которых их делают, становится меньше? Действительно, несмотря на продолжающиеся вспышки прививаемых болезней в среде полностью привитых (что заставляет усомниться в долгосрочной эффективности вакцинаций), мы все же наблюдаем снижение заболеваемости «управляемыми прививками» болезнями. Чтобы разобраться во всем этом, давайте сравним вакцинальный процесс и патологический процесс при инфекционном заболевании. За исключением столбняка, возбудитель которого может проникнуть в организм через инфицированные раны, все возбудители «предотвращаемых прививками» болезней попадают к нам через слизистые оболочки дыхательной или пищеварительной системы. Истинная эволюция болезни очень далека от обычно представляемой публике примитивной схемы «проникновение возбудителя – › симптомы болезни – › выработка антител – › выздоровление». В ответ на вторжение возбудителей на слизистых оболочках начинается выработка иммуноглобулина A (IgA). Фактически те случаи болезни, которые мы

наблюдаем, вряд ли составляют и 1 % от всех случаев инфицирования, скорее всего их намного меньше – возможно, в тысячи раз. Когда случается естественная болезнь, то, помимо выработки IgA, химические сигналы со слизистых оболочек запускают стройный «хор» иммунной системы, в результате чего иммунный ответ становится зрелым, а возникающий после болезни иммунитет, при условии постоянной «антигенной подпитки» – как правило пожизненным. Прежде, чем попасть в печень, селезенку, вилочковую железу (тимус) или костный мозг, возбудители размножаются в органах лимфатической системы, инициируя там мощный первичный иммунный ответ. Активизируются многочисленные защитные системы организма: начинается реактивное воспаление в инфицированных вирусом тканях, активируются лейкоциты и макрофаги, белковые фракции сыворотки и пр. Первые симптомы, возникающие в катаральном периоде болезни (чихание, кашель, диарея), свидетельствуют об усилиях организма избавиться от возбудителей естественными путями. В механизме защиты задействован и гуморальный иммунитет – при появлении развернутых симптомов болезни в крови уже определяются антитела, а пик болезни совпадает с максимальным титром циркулирующих антител. Однако антитела являются не только не единственной, но даже и не главной защитой от острой болезни. Нужна целостная, сильная реакция всего организма. Детскими инфекциями неслучайно заболевают малыши – иммунная система развивается «обучением», только так она может достичь зрелости и надежно служить своему владельцу во взрослом возрасте. Мы считаем в целом здоровым человеком не того, кто хронически болен, а того, кто заболевает редко и быстро выздоравливает, что может быть возможным лишь при тренированной, нормально функционирующей иммунной системе. При парентеральном введении ослабленных возбудителей отсутствует инкубационный период, нет здоровой системной реакции организма и он не имеет возможности избавиться от вируса ни через слизистые оболочки верхних дыхательных путей кашлем и чиханием, ни диареей, ни сыпью. Я хочу еще раз это подчеркнуть: прививкой мы лишаем организм возможности избавиться от возбудителей имеющимися у него в распоряжении естественными и простыми способами. Возбудители немедленно проникают во внутренние органы. Фактически происходит именно то, что призвана предотвратить иммунная система. Для того

чтобы справиться с инфекцией, не обезвреженной частично на уровне слизистых и к борьбе с которой организм не был подготовлен заблаговременно полученными химическими сигналами, он вынужден расходовать многократно большее число лимфоцитов, нежели когда это происходит при естественной болезни. Именно это имела в виду проф. Городи-лова, которую я цитировал в главе «Прививки: основные проблемы»: «Запас лимфоцитов постепенно истощается, и организм оказывается беззащитным перед различными антропогенными факторами. Человек стареет раньше своего времени. Физиологическое, естественное старение – процесс постепенного затухания, увядания всех звеньев иммунной системы. Вакцины же ускоряют, подстегивают процесс «расходования» лимфоцитов, искусственно приводя организм человека к преждевременному старению, отсюда старческие болезни у молодежи»[296]. Подменяя совокупность выработанных эволюцией иммунных реакций механическим кратковременным наводнением крови антителами и таким образом постоянно «обманывая» иммунную систему и организм в целом, мы отказываем им в возможности «тренировки» и развития и готовим почву для сниженной функции иммунитета. Когда мы говорим, что привитый не заболевает той болезнью, от которой его привили, мы на самом деле не имеем в виду, что с помощью прививочных манипуляций мы сделали его невосприимчивым к определенному патогену. Мы имеем в виду лишь то, что он не перенес болезнь в острой, клинически различимой форме. Эпидемиологи ликуют: прививки показывают свою эффективность, успешно снижают заболеваемость, пора ставить вопрос о ликвидации болезни, что еще надо? Остается выяснить только вопрос, стоит ли разделять эту радость привитому. Он не стал здоровее, не перенеся одно- или двухнедельную острую болезнь, – он стал носителем хронической прививочной инфекции, не способным развить острую реакцию и избавиться с ее помощью от попавших в его организм инфекционных агентов[297]. Таким образом, прививки «засевают» организм живыми вирусами, опасность чего лишь сейчас начинает оцениваться в должной мере (в главе о гепатите B я вкратце скажу о возможном механизме связи аутоиммунных заболеваний и прививок).

Статистика заболеваемости в наше время рассматривается так, как будто разными болезнями болеют совершенно разные, а не одни и те же люди. Снижение заболеваемости корью или коклюшем – это хорошо, а

рост онкологических и аутоиммунных заболеваний – плохо. Но за корь и коклюш отвечают инфекционисты, за онкологические болезни – онкологи, за аутоиммунные болезни – эндокринологи, ревматологи, неврологи и другие специалисты. Считается, что инфекционные заболевания человек в состоянии контролировать прививками, и он должен к такому контролю всячески стремиться, а рак, аутизм, диабет, рассеянный склероз и артриты… ну что же, их причин никто не знает и еще долго знать не будет. На каждое независимое эпидемиологическое исследование, показывающее всплеск заболеваемости тяжелейшими недугами параллельно прививочным кампаниям, тут же мастерится заказное «научно-доказательное» опровержение, так что публика, разучившаяся полагаться на здравый смысл, остается в недоумении – может, и правда нет никакой связи между прививками и ростом заболеваемости диабетом, а во всем виноваты исключительно малоподвижность вкупе с кока-колой, чипсами и гамбургерами? Я предлагаю читателям поразмыслить над этими вопросами с точки зрения т. н. холистической медицины, рассматривающей человека не как набор органов или систем, работающих в полной изоляции друг от друга, с каждой из которых можно вытворять что угодно, не ожидая реакции со стороны других органов и систем, а как целостную структуру, каждое воздействие на часть которой неминуемо вызывает реакцию других ее частей. С этой точки зрения эффективность прививок, заключающаяся в том, что человека лишают возможности перенести острую болезнь за счет превращения его в носителя хронической инфекции с непредсказуемыми последствиями, – не то, что следует приветствовать и к чему следует стремиться.

Вернемся к последствиям кампании по прививанию детей от ветряной оспы. В 2002 г. тревогу забили исследователи из английской лабораторной службы общественного здравоохранения. В своей статье они указали, что снижение количества детей, больных ветряной оспой (и, соответственно, снижение возможности для всех вокруг получать бустеры от вируса Varicella), неминуемо приведет к увеличению числа больных опоясывающим герпесом. Эта болезнь, в допрививочную эру бывшая почти исключительно привилегией пожилых людей и лишь очень редко следовавшая за ветряной оспой у детей, вызывается реактивацией вируса ветряной оспы и может стать причиной смерти в пять, а госпитализаций – в три раза чаще, чем сама ветряная оспа. По

подсчетам ученых, если все дети в трехсотмиллионной популяции получат прививки от ветряной оспы, это приведет к дополнительному 21 миллиону (!!) случаев заболевания опоясывающим герпесом и смерти 5000 человек в возрасте старше 60 лет. При этом, как было указано в статье, могут быть спасены жизни 5000 детей (учитывая нынешнюю статистику заболеваемости ветряной оспой и смертности от нее в США, совершенно непонятно, каким образом делался этот подсчет). По мнению исследователей, в свете дикой дилеммы такого инициированного человеком «обмена» жизней детей на жизни взрослых надо либо прививать теперь *и взрослых,* либо вообще отказаться от проекта прививок от ветряной оспы[298].

К тому времени поезд новой прививки уже набрал полный ход, и на эту публикацию, разумеется, внимания не обратили – мало ли что ученые напророчат. Ликвидацию кори и полиомиелита тоже давно уже обещали, да ничего не вышло. Однако дело с ветряной оспой повернулось еще хуже, чем предполагалось. Если англичане говорили только о взрослых, то в недавних сообщениях, опубликованных в 2003 г. в журнале «Вакцина»[299], американский исследователь д-р Гарри Голдмен показал, что при сокращении заболеваемости ветряной оспой на фоне массовых прививок внезапно резко возросла заболеваемость опоясывающим герпесом *и у ранее перенесших ветряную оспу детей!* Сам Голдмен заинтересовался этим явлением лишь после того как, будучи в 1995–2002 гг. аналитиком лос-анджелесского отделения проекта наблюдения за ветряной оспой Центра контроля заболеваний, он стал неожиданно получать сообщения от школьных медсестер, до того ни разу в жизни не видевших опоясывающий герпес у детей. Голдмен предсказывает, что нам очень скоро предстоит увидеть вспышку этой болезни как у детей, так и у взрослых, у которых ее последствия могут быть куда серьезней последствий ветряной оспы. В ответ на это фармацевтические компании заявили, что… намерены разработать вакцину и против опоясывающего герпеса! Голдмен резко осудил эту абсурдную с точки зрения здравого смысла идею, заявив, что так и будет крутиться бесконечное колесо «болезнь-лечение-болезнь». По его мнению, с прививкой от ветряной оспы было бы куда меньше проблем, если бы всем детям была предоставлена возможность приобрести иммунитет к ветряной оспе[300] естественным путем, а прививки делались только

тем, кто не приобрел его к возрасту двенадцати лет. Нетрудно представить, к какому катастрофическому обвалу доходов производителей вакцины против ветряной оспы могла бы привести реализация подобного предложения, а потому совершенно естественно, что оно никогда не будет рассматриваться всерьез. Пока что некоторые родители, с тревогой наблюдающие, как у их детей остается все меньше возможностей приобрести ветряную оспу естественным путем, и опасающиеся как прививок с их непредсказуемыми последствиями, так и того, что их дети, не получив иммунитета к ветряной оспе в детстве, могут пострадать от нее в подростковом и взрослом возрасте, начали потихоньку возвращаться к подзабытым «оспенным вечеринкам». Родители приводят своих здоровых детей играть с больными, и оставляют их также ночевать, чтобы они могли заразиться и своевременно перенести эту безобидную болезнь в подходящем для этого возрасте и состоянии здоровья[301].

Говоря о ветряной оспе, не следует забывать и о том, что отсутствие возможности приобрести естественный иммунитет в детском возрасте «сдвигает» болезнь во взрослый возраст и, потенциально, в младенческий возраст следующего поколения (как это происходит сейчас со многими инфекционными болезнями), когда болезнь неизмеримо опасней. Возможные выходы – либо полная элиминация вируса (чего практически нереально добиться в ближайшие несколько поколений, учитывая его способность сохраняться в нервных ганглиях), либо пожизненные прививки. Не к такому ли выбору, основанному на пожизненной «привязке» к вакцинам, нас ведут?[302] Сначала выдумывается новая вакцина, которой прививают миллионы, а потом нам заявляется, что мы-де стали вакцинозависимыми (модное словечко, введенное в оборот в России совсем недавно, в связи с расширением прививочных программ и необходимостью внедрения в сознание населения их важности), только теперь и осталось, как всю жизнь регулярно делать прививки…

Как я уже упоминал выше, реальную опасность ветряная оспа может представлять почти исключительно для детей, имеющих поражение иммунной системы[303]. Оправдывает ли стремление уберечь от болезни тех, кому эта прививка может быть противопоказана (дети, страдающие онкологическими заболеваниями крови), массовые прививки миллионам детей, которые не только не рискуют серьезными

последствиями болезни, но для которых она может быть и полезна? Еще до того, как алчность прививателей перевесила все доводы рассудка, английский медицинский журнал писал: «Программа всеобщей иммунизации ради детей с нарушениями функции иммунной системы потребовала бы от докторов получение согласия родителей прививать своих детей не ради собственной пользы последних, а ради блага их менее удачливых сверстников. От родителей потребовалось бы подвергнуть своих детей потенциально большему риску первичной ветряной оспы во взрослом возрасте. Это принудительный альтруизм. Если мы не принуждаем взрослых жертвовать свои почки или даже кровь, то разве честно будет требовать от детей быть «добрыми самаритянами»? Это также противоречит стандарту «в первую очередь – интересы своего ребенка», которым руководствуются родители, принимая решение»[304].

В ряде публикаций подчеркивалось, что заявляемая экономическая выгода от этой прививки связана вовсе не с детьми, а с их родителями. Эта выгода достигается за счет уменьшения выплат по больничным листам, которые родители берут по уходу за заболевшим ребенком. Авторы одной из статей подсчитали, что такого рода экономический ущерб на семью с заболевшим ветряной оспой ребенком составляет 293$ плюс 20$ на медикаменты[305]. Правда, есть и экономические же возражения против такого подхода. Например, указывается следующее: «Программа детских прививок может привести к увеличению числа случаев заболевания ветряной оспой взрослых, включая беременных, которые рискуют большим, в сравнении с детьми, количеством осложнений. Хотя экономические затраты, связанные с отсутствием родителя на рабочем месте, резко снизятся, затраты на медицинское обслуживание могут возрасти»[306]. Выгодна ли такая политика самому ребенку и, в конечном счете, всему государству – решать читателям, в том числе и на основании приводимых в этой главе данных.

Соседи России уже обратили внимание на имеющуюся, но до сих пор не вошедшую в местные иммунизационные календари прививку: «В последнее время в Латвии стремительно растет заболеваемость ветрянкой, поэтому инфектологи просят правительство выделить финансирование на вакцинацию населения от этой болезни… Сейчас сделать прививку от ветрянки можно добровольно. Однако, как считают специалисты, ни родители, ни семейные врачи не уделяют этой

проблеме достаточного внимания, считая, что дети должны просто переболеть ветрянкой (преступно легкомысленный и совершенно не учитывающий интересы «инфектологов» со товарищи подход, не так ли? – *А. К.*). Как пишет газета «Час», ссылаясь на слова руководителя кафедры традиционной инфектологии Рижского университета им. Страдиня Людмилы Виксна, для любого заразного заболевания характерны цикличные периоды роста и спада. Сейчас в распространении ветрянки в Латвии наблюдается тенденция к росту, поэтому риск заразиться инфекцией есть у каждого жителя страны, и заболеть могут не только дети, но и взрослые. Как подчеркнула Виксна, обязательно прививаться от ветрянки нужно беременным женщинам, поскольку это заболевание представляет большую опасность для еще не родившегося ребенка. Профессор Даце Гардовска отмечает, что ни одно инфекционное заболевание не проходит для здоровья человека бесследно, поэтому и обществу, и государству необходимо осознать, что детей по возможности нужно ограждать от этой инфекции, в противном случае число болеющих ветрянкой продолжит возрастать. Медики также указывают, что во многих европейских государствах и США вакцинация от ветрянки включена в обязательный календарь иммунизации детей. Специалисты признают, что программа вакцинации населения в Латвии от инфекций отвечает всем требованиям Всемирной организации здоровья, однако с учетом роста заболеваемости в нее нужно включить и прививку от ветрянки»[307]. *Живыми вирусами* латвийские профессора готовы прививать даже беременных[308], подавляющее большинство которых именно *благодаря отсутствию прививки* обладает естественным иммунитетом к ветрянке и передаст его детям! Забота профессоров о том, что «ни одно инфекционное заболевание не проходит для здоровья человека бесследно», радует, но справедливости ради следует напомнить, что и ни одна прививка не проходит для здоровья человека бесследно, тем более живыми возбудителями.

Минздраву Украины тоже не дает покоя прививка от ветряной оспы, и он уже готов включить ее в свой прививочный календарь – правда, пока что лишь для «целевых групп и групп риска детского населения», как сказано в меморандуме состоявшейся 11–12 ноября 2003 г. конференции «Особенности иммунопрофилактики управляемых инфекций и гриппа на современном этапе в Украине». Здесь уместно

будет вспомнить, что не так давно Украина ходила по миру с протянутой рукой, умоляя снабдить ее противодифтерийной вакциной, а сегодня уже готова тратить деньги на вакцину против ветряной оспы. Неужели с другими инфекционными болезнями нет больше проблем? Отнюдь. Приведу лишь несколько цитат из недавнего интервью украинского инфекциониста, академика Жанны Возиановой, много лет возглавлявшей кафедру инфекционных болезней Национального медуниверситета имени А. Богомольца: «Знаете, сколько всего инфекционных коек в трехмиллионном Киеве? Около сотни для больных СПИДом, да еще 285 – для всех остальных, причем 120 из них – в инфекционном отделении городской больницы и кафедры инфекционных болезней Национального медуниверситета. Совсем несложно подсчитать, сколько их осталось после закрытия данного отделения, и это в то время, когда эпидемическая ситуация по целому ряду инфекционных заболеваний еще более обостряется… Еще не закончилась эпидемия дифтерии (об этом не говорят, но в ЦГКБ такие больные не переводились, только за период эпидемии более 4 тысяч пациентов прошло через наше отделение)… По-прежнему актуальны кишечные инфекции, что, впрочем, неудивительно, учитывая высокую загрязненность воды. Парадоксально, но ни одно инфекционное отделение Киева не имеет очистных сооружений!.. У нас и брюшной тиф есть, но об этом не принято говорить. В Одессе даже пляжи закрывали из-за угрозы заражения… У нас встречаются и малярия, и лихорадка Западного Нила, и геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, и другие инфекционные заболевания, о которых раньше даже не подозревали. Но, как правило, эти болезни проходят под другими диагнозами, а значит, и лечат «не от того»… Почти 98 % всех инфекционных заболеваний в Киеве списывают на грипп и ОРВИ. Ведь это очень удобно – объединить десятки различных болезней с респираторным синдромом и даже без него в одно: тогда и специфическая диагностика ни к чему, и эпидемию гриппа можно объявлять хоть каждый год. А это уже повод для объявления карантина, проведения массовых вакцинаций (sic! – *А. К.*) и других мероприятий, требующих немалых материальных затрат… Под диагнозом грипп или ОРВИ прячут все – от геморроя до туберкулеза. Мы как-то подсчитали, что за один год через наше отделение прошли больные примерно с 50 различными заболеваниями, но направленные со стандартным

диагнозом «грипп»…»[309]. Рассказ академика о тех катастрофических условиях, в которых работают киевские инфекционисты, я повторять не буду – полностью интервью доступно в Интернете. Откуда же при такой запущенности и разрухе возьмутся деньги на борьбу с ветряной оспой?

Вряд ли могут быть сомнения, что скоро разговоры о необходимости защищать детей и взрослых от ветряной оспы начнутся и в России. Ведь даже сам президент страны не устает напоминать о необходимости беспощадной борьбы с инфекционными заболеваниями и призывает к партнерству западные страны.

Вакцина

Как и в случае с вакциной против гепатита А, то, что совсем еще недавно могло показаться абсурдом, ныне стало былью: вакцина против ветряной оспы не только существует, но уже и стала обязательной в США, хотя разработка вакцины началась в 1974 г. в Японии. Наиболее распространены сейчас на рынке вакцины «Ока Вакс» («Авентис Пастер»), «Варилрикс» («Смит Кляйн Бичем») и «Варивакс» («Мерк»). По сообщению «Уолл Стрит джорнэл», компания «Мерк» в свое время вложила пять миллионов долларов в разработку своей вакцины, которая и была лицензирована в 1995 г. Последние годы «Мерк» особенно страстно убеждает американцев, что осложнения от ветряной оспы, о которых даже многие педиатры за все время своей работы никогда слыхом не слыхивали, настолько серьезны и опасны, что совершенно необходимо прививать миллионы американских детей. На деле в США ежегодно заболевают ветряной оспой около четырех миллионов человек, но лишь 10–11 тысячам из них требуется госпитализация. Около ста человек от нее умирают (из них половина детей) – обычно страдающие тяжелыми фоновыми болезнями. Примерно о такой же смертности сообщают из Англии и Уэльса, где от ветряной оспы умирает 25 человек в год[310].

Безопасность

О составе вакцины «Варивакс», взятой здесь лишь для иллюстрации (большой разницы в технологии получения вакцин в разных странах и разных компаниях не существует), ее производитель, «Мерк», сообщает в аннотации следующее: «Варивакс» готовится из штамма «Ока/Мерк» живого ослабленного вируса ветряной оспы. Вирус был получен от ребенка, заболевшего ветряной оспой, потом введен в культуру человеческих эмбриональных легочных клеток, а затем размножен в культуре клеток эмбрионов морских свинок. После этого вирус был размножен в человеческих диплоидных клетках (WI-38). Затем в исследовательских лабораториях компании «Мерк» вирус ветряной оспы был последовательно проведен через культуры человеческих диплоидных клеток (MRC-5), свободных от посторонних примесей… Каждые 0,5 мл дозы содержат: 1350 ЕД воспроизведенного вируса ветряной оспы штамма «Ока/Мерк», примерно 25 мг сукрозы, 12,5 мг гидролизованного желатина, 3,2 мг хлорида натрия, 0,5 мг однонатриевого L-глутамата, 0,45 мг двухосновного фосфата натрия, 0,08 мг одноосновного фосфата калия, 0,08 мг хлорида калия, остаточные элементы клеток MRC-5, включая ДНК и белок, а также следы одноосновного фосфата натрия, EDTA, неомицина и эмбриональной бычьей сыворотки. Продукт не содержит консервантов…»[311].

Таким образом, предназначенный для использования в вакцине вирус трижды проходит через клеточные линии, прародителем которых является абортированный плод, и один раз через клетки эмбрионов морской свинки. Поскольку в дальнейшем мы будем сталкиваться с вакцинами, вирусы для которых выращиваются на клеточных линиях, полученных от абортированных плодов, об этих линиях следует сказать несколько слов. В настоящее время широко используются две клеточные линии – MRC (Medical Research Council)-5 и WI (Wistar Institute)-38. Линия MRC-5 была разработана в сентябре 1966 г. из легочных фибробластов нормально развивавшегося плода мужского пола, абортированного на 14-й неделе беременности по желанию его 27-летней матери. Клеточная линия WI-38 была разработана д-ром Свеном Гардом в июле 1962 г. из легочных фибробластов нормально

развивавшегося плода женского пола, абортированного на 12-й неделе беременности по желанию матери. На этих линиях выращиваются вирусы для вакцин от бешенства, ветряной оспы, вирусного гепатита А, краснухи (в том числе и как составляющая комплексных вакцин MMR, MMR II, MR Vax и др.), полиомиелита (вакцина «Poliovax») и натуральной оспы (вакцина «Акамбис 1000»). В 1995 г. была разработана новая линия – PER. C6. О ней известно, что разработана она была на основе клеток, полученных от абортированного по желанию матери нормально развивавшегося плода на 18-й неделе внутриутробной жизни. Эта линия используется для разработки новых вакцин (против вирусов иммунодефицита человека, гриппа, Эбола). Считается, что использование человеческих клеточных линий безопаснее, чем использование клеточных линий животных, а в фетальных клеточных линиях вирусы растут быстрее, чем в клеточных линиях, полученных от взрослых людей. Этичным ли является использование клеток, полученных от абортированных плодов, для производства вакцин, вводимых детям, я предоставляю решить самим читателям. Проблема отчасти связана и с тем, что материал так называемых спонтанных абортов, происходящих по причине хромосомных нарушений или инфекций, оказывается неподходящим для получения стандартных клеточных линий. Требуются ткани, полученные именно *от нормально развивавшихся плодов,* абортированных по желанию матери.

Имея описанную выше технологию производства, «Варивакс», понятно, лидирует и по количеству неизмененной ДНК млекопитающих, содержащейся в каждой дозе вакцины, значительно превышая таковое количество ДНК в других вакцинах, что означает возрастающую вероятность крайне нежелательного заражения сред, на которых выращивается вирус. Из уважения к религиозным убеждениям и в соответствии с законом, в этом аспекте одинаковым во всех цивилизованных странах и требующим предоставления максимально полной информации пациенту или его опекунам относительно планируемой процедуры, факт производства вакцины на клеточных линиях, полученных от человеческих плодов, должен сообщаться, но этого никто не делает. Мало того. Было обнаружено, что и количество хромосомных аберраций (поломок) в клеточной линии MRC-5, которые могут стать причиной онкологических болезней, превышает

допустимое. В опубликованном в 1995 г. исследовании было заявлено, что не найдено свидетельств в пользу того, что это повышает риск опухолевого перерождения клеток[312], но вряд ли такое объяснение удовлетворит тех, кто пострадает от прививки, а механизм будет обнаружен и объяснен в более совершенном исследовании, проведенном позднее[313]. Вакцины против полиомиелита, вирусы для которых выращивались на культурах обезьяньих почек, тоже считались изумительно чистыми и свободными от любых биозагрязнений, пока не выяснилось, что количество обезьяньего вируса SV-40, ныне обнаруживаемого в человеческих опухолях (подробнее см. главу о полиомиелите), в сорок раз превышало в них количество вирусов полиомиелита.

Как и иные вакцины, «Варивакс» не тестировалась на канцерогенный или мутагенный потенциал, равно как не изучалась и на беременных животных.

Согласно производителю, возможные осложнения прививки чаще всего включают в себя повышение температуры, чувствительность, боль, отек, эритему, зуд, гематому, затвердение и онемение в месте инъекции и сыпь, напоминающую таковую при ветряной оспе. В менее 1 % случаев встречались: заболевания верхних дыхательных путей, кашель, раздражение, нервозность, усталость, нарушение сна, диарея, потеря аппетита, рвота, отит, контактная сыпь, головная боль, недомогание, боли в животе, иные виды сыпей, тошнота, лимфоаденопатия, жалобы на боли в ушах, озноб, миалгия, тугоподвижность шеи, артралгия, заболевания нижних дыхательных путей, аллергические реакции (включая аллергические сыпи или крапивницу), запор, зуд, экзема (сухость кожи), дерматит, «холодные» язвы. Редко сообщалось о пневмонии у детей (‹1 %) и о фебрильных судорогах

(‹0.1 %). С момента появления вакцины на рынке сообщается о следующих побочных реакциях: анафилаксия, тромбоцитопения, энцефалит, синдром Гийена-Барре, поперечный миелит, паралич Белла, атаксия, парестезия, фарингит, синдром Стивенса-Джонса, эритема, мультиформная эритема, пурпура Шенлейн-Геноха, вторичная бактериальная инфекция кожи и мягких тканей, включая импетиго и целлюлит, а также опоясывающий герпес.

Рекомендована одна прививка достигшим возраста 12 мес. и старше.

Сегодня на рынке имеется и вакцина «Варивакс-П», которую можно сохранять в холодильнике.

Эффективность

Эффективность своей вакцины производитель оценивает исключительно высоко: 99 % привитых имеют защитный уровень антител в течение года после прививки[314]. Длительность защиты неизвестна. Интересно разъяснение в аннотации относительно того, что через шесть лет привитых, имеющих нужный уровень антител, окажется уже 100 %, что противоречит опыту использования других вакцин, где уровень антител довольно быстро снижается после сделанной прививки. Феномен ветряной оспы связан с очень активной циркуляцией среди людей «дикого» вируса, дающего необходимые «толчки» иммунитету; эффективность же прививки в отсутствие такового вообще неизвестна. Так или иначе, нынешняя практика показывает, что, как обычно, эффективность прививки сильно преувеличена. Во время вспышки ветряной оспы в одном из детских садов Конкорда (Нью-Гемпшир, США), начавшейся с привитого за три года до того ребенка, защитная эффективность вакцины, согласно числу заболевших, оказалась равной… 44 %. Кроме того, исследователи заявили, что у тех детей, которые получили прививку тремя или более годами раньше, риск заболевания ветряной оспой оказался в два раза выше, чем у тех, кто был привит ближе ко времени вспышки. Авторы статьи также предположили, что вторая доза вакцины могла бы повысить эффективность вакцинопрофилактики. Представитель «Мерка» в ответ на публикацию заявил, что прививка не означает гарантии защиты, но, *вероятно,* делает для привитых болезнь мягче (конечно, и здесь не обходится без неизменного прививочного «мягче», когда обнаруживается провал обещанной защиты от болезни). Исследование, проведенное под эгидой Центра контроля заболеваний в десяти школах округа Монтгомери в США в январе 2001 г., показало эффективность, равную 55 %. Регулярно происходящие в последнее время вспышки ветряной оспы среди привитых[315] достаточно наглядно демонстрируют не слишком высокую эффективность вакцины. Вряд ли могут быть сомнения, что вскоре будет объявлено: требуется вторая прививка; потом, вероятно, потребуются еще и еще.

Как и в случае с прививкой против гепатита А, ныне активно разрабатываются и продвигаются на рынок прививочные «коктейли»,

дабы без лишнего шума и разъяснения родителям крайней необходимости прививать ребенка против такой страшной болезни, как ветряная оспа, вводить по 4–5 и более вакцин в одном шприце[316].

Заканчивая разговор об этой вакцине, надо еще упомянуть, что описана и передача прививочного вируса. Описан случай двенадцатимесячного ребенка, у которого спустя 24 часа после прививки развилась сыпь, напоминающая оспенную, и он заразил свою беременную мать, которая была вынуждена сделать аборт[317]. Другой ребенок, привитый за неделю до того, заразил свою мать на сроке в 39 недель беременности[318]. Поскольку прививка против ветряной оспы может вызвать появление характерной для ветряной оспы сыпи (примерно у 3,4 % привитых сыпь возникает вокруг места введения вакцины, а у 3,8 % сыпь может распространиться на все тело[319]), то в таком случае привитому рекомендуется избегать контакта с новорожденными, беременными и лицами, страдающими заболеваниями иммунной системы.

Прививка от ветряной оспы еще не появилась в календарях прививок тех стран, в которых живет большинство моих читателей, но активное промывание мозгов, подготавливающее почву для широкого наступления новой вакцины на детей, там уже началось. Как я показал в этой главе, прививка от ветряной оспы ведет к нарушению нормальной циркуляции возбудителя болезни и вполне может считаться преступлением не только против детей, но и против взрослых. Стоит ли нам принимать в нем участие?

Выводы

• Ветряная оспа – одна из самых безобидных детских болезней, становящаяся причиной осложнений лишь в исключительных случаях и, как правило, у детей с поражением иммунной системы. Раз перенесенное заболевание дает стойкий, обычно пожизненный, иммунитет при условии нормальной циркуляции вируса в человеческом сообществе. Гомеопатическое лечение ветряной оспы вполне эффективно.

• Прививочные кампании против ветряной оспы предназначены не столько для защиты от нее детей, сколько для экономии государственных средств на больничных листах родителей по уходу за ребенком.

• Элиминация вируса ветряной оспы может привести к непредсказуемым последствиям, ставя под угрозу здоровье как взрослых, так и детей. Регистрирующаяся сейчас повышенная заболеваемость детей опоясывающим герпесом, значительно более опасной болезнью, нежели ветряная оспа, может быть только одним из таких последствий.

• Высокая эффективность вакцины, о которой заявляет ее производитель, сомнительна. Не прошло и пяти-шести лет с момента лицензирования вакцины, как начали раздаваться голоса, требующие повторных прививок. Вакцина имеет свои побочные реакции, в том числе и со стороны нервной системы, а количество содержащейся в ней ДНК млекопитающих значительно превышает таковое в других вакцинах, что может увеличить риск онкологических заболеваний у привитых.

Гепатит А

Болезнь

Еще каких-нибудь 15–20 лет назад мысль о вложении денег в разработку вакцин для массового применения против таких болезней, как ветрянка или гепатит А, могла бы показаться совершенно абсурдной, но на фоне нынешнего массового наступления прививок на людей по всем фронтам вчерашний абсурд и тема для выступлений юмористов превращается в сегодняшнюю отнюдь не веселую реальность. Гепатит А, известный также как эпидемический гепатит, инфекционный гепатит или болезнь Боткина, традиционно считается одной из самых легких инфекционных болезней. В отличие от гепатитов В и С, передающихся почти исключительно через кровь, гепатит А – типичная детская энтеральная инфекция, «болезнь грязных рук», а проще – болезнь недоброкачественной воды и неудовлетворительных санитарно-гигиенических условий. Вирус гепатита А выделяется заболевшим в окружающую среду с фекалиями; соответственно, заражение происходит фекально-оральным путем. Инкубационный период болезни составляет в среднем 30 дней (максимум – 50). Симптомы преджелтушного периода, длящегося около недели, напоминают симптомы гриппа (резкое повышение температуры, головная боль, тошнота, потеря аппетита), но появление желтушного окрашивания кожи и склер, потемнение мочи и обесцвечивание кала, как и при других гепатитах, указывают на поражение печени и начало желтушного периода, длящегося до двух недель. Так развиваются события при типичном гепатите А, что бывает, согласно данным разных авторов, примерно лишь в 10–30 % случаев *у населения в среднем,* но у детей чаще всего заболевание протекает в стертой форме, без выраженных клинических проявлений и просто остается незамеченным[320].

Диагноз ставится как по клинической картине, так и по обнаружению в крови антител к вирусу гепатита А. Даже в книгах, рекламирующих прививки, авторы затрудняются найти какое-либо рациональное обоснование для вакцинации против гепатита А, которое могло бы быть основано на тяжести самого заболевания. Вот примеры: «Заболевание часто протекает в безжелтушной или субклинической форме. Тяжелые, фульминантные[321] и хронические формы болезни

практически не встречаются»[322] или «Исход гепатита А обычно благоприятный. Полное клиническое выздоровление в большинстве случаев (90 %) наступает в течение 3–4 нед. от начала болезни. У 10 % период выздоровления затягивается до 3–4 мес, но хронический гепатит не развивается»[323]. В недавней книге санкт-петербургских авторов, посвященной исключительно прославлению прививок, самые ужасные приведенные факты следующие: «Лечение больных длительное. Выздоровление обычно наступает через 1–3 мес, но нередко течение ВГА может затянуться из-за развития обострений и специфических осложнений. Со временем погибшие печеночные клетки замещаются соединительной тканью, что проявляется увеличением печени (во многих случаях пожизненным). Развиваются воспалительные изменения, дискинезия желчевыводящих путей. Нередко нарушается работа поджелудочной железы. Иногда длительно сохраняется желтуха»[324]. Выглядит посильнее, но, учитывая, что ни к каким серьезным последствиям, как бы авторам этого ни хотелось, ни «пожизненное увеличение печени» в частности, ни гепатит А в целом все-таки не ведут, даже эта «страшилка» выглядит не слишком убедительно для информированного родительского согласия на прививку. Раз перенесенное заболевание оставляет стойкий, как правило *пожизненный* иммунитет. Госпитализация при обычном течении болезни не требуется. Также нет необходимости в каком-либо особом лечении. Покой и большое количество жидкости для предотвращения интоксикации – вот все, что обычно требуется заболевшему.

У взрослых эта болезнь протекает тяжелее, но и тогда серьезные последствия исключительно редки и почти всегда бывают только у лиц в возрасте, имеющих тяжелые хронические заболевания. При том, что гепатит А – преимущественно детская болезнь (67 %), почти 70 % смертности дают лица старше 49 лет[325].

Относительно гепатита А стоит отметить появившуюся недавно информацию, поступившую из Стэнфордского университета (Калифорния, США). Согласно проведенным там исследованиям, инфицирование вирусом гепатита А защищает человека от аллергий. Попадая в клетки, вирус гепатита А взаимодействует с некоторыми генами, отвечающими за развитие аллергических реакций. Так, он подавляет активность гена TIM-1, контролирующего активность

иммунных клеток и связанного с аутоиммунными реакциями. Согласно заявлению исследователей, эти данные могут частично объяснить, почему аллергические реакции и аутоиммунные болезни намного реже встречаются в развивающихся странах, где очень высока заболеваемость гепатитом А[326].

Действительно, гепатит А – типичная болезнь стран третьего мира, не имеющих канализации или не способных поддерживать ее в исправном состоянии[327] и, что не менее важно, характеризующихся высокой скученностью проживания населения. Это непременное условие. Российские авторы сообщают: «Разительный и в какой-то степени неожиданный спад заболеваемости ГА стал отмечаться в 90-х годах, когда она достигла самых низких за всю историю регистрации ГА величин: в 1998 г. – 34,0 на 100 тыс. населения… Этот спад несомненно связан с особенностями нового социально-экономического уклада: в социальной сфере разрушительные процессы преобладали над созидательными. Парадоксально, но такое положение вело к сокращению потенциальных очагов заражения ГА. Это было связано с тем, что уменьшилось число детских садов и пионерских лагерей, прекратили существование студенческие строительные отряды и молодежные спортивные базы, исчезли дешевые предприятия общественного питания; в целом снизилась активность контактов основного восприимчивого населения (детей и подростков) вне семьи. Не исключено, что эти явления совпали по времени с естественным спадом заболеваемости ГА»[328]. Согласно приводимым авторами сведениям, средний показатель заболеваемости гепатитом А на 100 тыс. населения в 1992–1996 гг. равнялся 106,9 случаям, а в 1997–2001 гг. – лишь 50. По сведениям с сайта Центра Госсанэпиднадзора РФ, заболеваемость гепатитом А составила 46,68 в 2002 г. и 28,41 в 2003 г. Для сравнения: заболеваемость гепатитом А в США в 1983 г. равнялась 9,2, а в 1989 г. – 14,6 на 100 тыс. населения[329].

Тут бы, казалось, российскому читателю самое время было порадоваться: болезнь неопасна, клинические формы у детей редки, иммунитет формируется на всю жизнь, заболеваемость в последние годы снижается. Ну, право, какие тут еще могут быть прививки? Да наоборот, гордиться надо тем, что когда американцы в пику всякой логике эту прививку вводят в прививочный календарь, и без того переполненный многочисленными дозами разных вакцин, россияне

торжествуют близкую победу пусть даже над таким незначительным врагом, как вирус гепатита А, безо всяких прививок и даже при том, что проблема воды хорошего качества далека в России от своего решения[330]. Это согласно обычным здравому смыслу и логике. Но для небескорыстных адвокатов вакцинаций (как так? есть вакцина, и ее не использовать?) все видится совершенно по-другому: «Как бы ни сложилась социально-эпидемическая обстановка в стране и эпидемиологическая ситуация в отношении ГА в первые годы наступающего столетия, массовая вакцинация восприимчивого населения против ГА должна стать первоочередной задачей. Даже если допустить, что сохранится нынешняя тенденция к снижению заболеваемости ГА без продуманного профессионального вмешательства (?! – *А. К.*), что поведет к дальнейшему увеличению неиммунной прослойки населения, можно ожидать вспышек ГА как следствия природных, техногенных или социальных катастроф, отсутствие которых пока не может быть гарантировано»[331].

Итак, когда болезнь на подъеме, то прививка нужна, чтобы от нее защитить. Когда болезни нет (может, именно *благодаря отсутствию* «продуманного профессионального вмешательства»?), то… прививка все равно не меньше нужна, потому что нет иммунитета к болезни, а отсутствие катастроф в будущем кто же может гарантировать. Короче, *прививка нужна всегда* – что с болезнями, что без них. Пожалуй, этот пример ловкой торгашеской логики – как бы дело ни повернулось, товар должен быть произведен и продан – вызвал бы только улыбку, если бы речь не шла о здоровье тысяч и миллионов людей, и за заброшенными удочками разговоров о прививке от гепатита А не маячила пугающая тень прививки для «неиммунной прослойки населения» от натуральной оспы, унесшей (сейчас я говорю о прививке, а не о болезни) тысячи человеческих жизней. Что же касается того, насколько первоочередной задачей должна стать «массовая вакцинация восприимчивого населения против гепатита А», то пусть это решат сами российские читатели моей книги. Подозреваю, что они вряд ли согласятся с теми, кто считает, что никаких других проблем, кроме гепатита А, в российском здравоохранении не осталось.

Показательно, что те, кто не имеет своей доли в прививочном бизнесе, видят совершенно другой выход: «Анализ свидетельствует, что только принятие кардинальных мер социального порядка:

строительство очистных сооружений, проведение ремонтных работ систем канализации и водоснабжения приводит к снижению заболеваемости (гепатитом А. – *А. К.*). Примером может служить Богучарский район Воронежской области, в котором заболеваемость снизилась до спорадической в 1997–1999 гг. (16,3–29,5 на 100 тыс.) с 207,4–316,6 в 1992–1996 гг. после проведения указанных мероприятий»[332]. Впрочем, при наличии прививки и это резкое падение заболеваемости благодаря таким разумным мероприятиям может быть целиком отнесено к эпидемическому циклу болезни.

Вакцина

Первая вакцина против гепатита А была лицензирована в США в 1995 г. Наибольшее распространение получили вакцины «Хаврикс» (производитель «Смит Кляйн Бичем»), «Вакта» и «Аваксим» («Авентис Пастер»). Они лицензированы и в России. Кроме того, в РФ используется и вакцина местного производства ГЕП-А-инВАК (МП «Вектор», Новосибирск), представляющая собой смесь инактивированных очищенных вирионов вируса гепатита А, адсорбированных на гидроокиси алюминия. Последний, равно как и формальдегид, присутствует во всех перечисленных вакцинах. Аннотация к «Хаврикс» сообщает, что вирус для вакцины выращивается на человеческих диплоидных клетках, то есть на клеточной линии, полученной от абортированного плода[333]. Это означает, что в вакцине неизбежно должна присутствовать остаточная ДНК.

Безопасность

Производитель вакцины сообщает: «Хаврикс» не оценивалась на канцерогенный потенциал, мутагенный потенциал или потенциал повреждения способности к воспроизведению». Точно так же не проводились исследования на беременных животных[334].

Производитель упоминает следующие возможные неприятности, которые могут последовать за прививкой: от 1 до 10 % – уплотнение, покраснение и отек места укола, разбитость, повышение температуры (свыше 37,5 °C); менее 1 % – недомогание, гематома, зуд, сыпь, уртикария, фарингит, инфекции верхних дыхательных путей, боли в животе, понос, тошнота, боли в суставах, боли в мышцах, сонливость или бессонница, повышение давления, фотофобия, головокружение. «14 % взрослых и менее 9 % детей» жаловались на головную боль. После появления вакцины на рынке были получены сообщения о случаях анафилактического шока, синкопы, желтухи, гепатита, мультиформной эритемы, гипергидроза, ангиоэдемы, диспное, судорог, энцефалопатии, головокружения, нейропатии, миелита, парестезии, синдрома Гийена-Барре, рассеянного склероза; сообщалось также о врожденных уродствах, хотя производитель и отмечает, что причинно-следственная связь между этими заболеваниями и прививкой не установлена[335]. Список, тем не менее, впечатляет, если не сказать сильнее. Трудно представить себе родителя, который захотел бы подвергнуть своего ребенка риску заполучить рассеянный склероз или миелит, чтобы защитить его от болезни, обычно протекающей не тяжелее гриппа.

Помимо перечисляемых стандартных реакций на прививку и таких довольно редких, но пугающих, как синдром Гийена-Барре или мультиформная эритема, заслуживает внимания и такое осложнение, как гепатит. Данных о том, протекает ли он легче, чем естественный гепатит, и не ведет ли к более тяжелым последствиям, мне обнаружить не удалось.

Эффективность

Эффективность защиты оценивается производителем «Хаврикс» в 84 %[336]. Как и при гепатите B, вакцина может не обеспечивать защиты при уже имеющемся заражении.

В связи с тем, что для многих родителей главная неприятность прививки связана с необходимостью лишний раз посещать врача и подвергать ребенка процедуре укола, сейчас все активнее разрабатываются новые «прививочные коктейли» – одновременное введение в одном шприце нескольких вакцин, включая и вакцину против гепатита A. Изучаются ее комбинации с вакциной против гепатита B, вакциной против гемофильной инфекции и DPT (АКДС). Как и следовало ожидать, результаты превосходят все ожидания – эффект ничуть не теряется, опасности для ребенка нет ни малейшей и далее в том же духе. Пока что производитель еще осторожничает, предостерегая в аннотации от смешения в одном шприце вакцины против гепатита A с другими вакцинами, но несомненно, что в самом ближайшем будущем на рынке появятся новые вакцинные «букеты», включающие и обсуждаемую здесь вакцину.

Судя по имеющейся информации, при совершенной абсурдности прививки вследствие безобидности самой болезни, вакцина против гепатита A лишь с довольно большой натяжкой может быть отнесена к очень эффективным.

«Вакцинацию против гепатита A рекомендуется начинать с 12-месячного возраста. Стандартный первичный курс состоит из одной дозы. Поддерживающую вторую дозу рекомендуется вводить спустя 6–12 месяцев после первой дозы. В инструкции к отечественной вакцине против гепатита A рекомендуется трехкратная вакцинация по схеме 0, 1, 6 мес. с последующей ревакцинацией через каждые 5 лет»[337]. И далее: «…После введения второй бустерной дозы титр антител резко возрастает и практически у всех обеспечивает защиту на протяжении 5 лет и более»[338]. Это нерешительное «более 5 лет» в другой экзальтированной книге каким-то волшебным образом превращается… уже в 20 лет: «Полный курс вакцинации с использованием препаратов «Хаврикс» и «Вакта» обеспечивает защиту от заболевания ВГА в течение 20 лет… Привить ребенка лучше заранее (как говорят медики,

в плановом порядке), когда ему исполнится два-три года. Тогда вы сможете спокойно отправлять сына или дочь в детский сад, зная, что в ближайшие 20 лет никакой контакт с больным вирусным гепатитом А не страшен»[339]. Собственно, с таким же успехом можно было утверждать и 40, и 60 лет, и даже гарантировать наследственный иммунитет внукам и правнукам. Принимая во внимание, что никакой разницы в составе вводимых первой и второй доз нет, ожидать, что первая доза создаст иммунитет только на год, а всего лишь вторая начнет с места в карьер творить чудеса на десятки лет, значит просто дурачить публику[340]. Впрочем, это экстремальный случай прививочных фантазий. Обычно везде повторяется достаточно осторожный срок примерно в пять лет. Кроме того – я не устаю это повторять – эффективность вакцин рассчитывается из учета периодического бустерного контакта с возбудителем, дающего необходимые «толчки» иммунитету. Сколько же реально длится защита в отсутствие такого контакта – никто не знает. Пример такого рода (исчезающей защиты при снижении циркуляции возбудителя) я приводил в главе о ветряной оспе.

В течение года, предшествовавшего второму изданию этой книги, в России произошло несколько вспышек гепатита А, от которых в итоге пострадало несколько тысяч человек. Наверное, не один российский медик или просто минимально грамотный в медицинских вопросах человек с изумлением наблюдал за выпусками национальных новостей, неизменно начинающихся со сводок заболеваемости гепатитом А («еще 50 человек обратились к медикам..L»), словно речь шла не о болезни, обычно протекающей не тяжелее гриппа, а о бубонной чуме, холере или натуральной оспе, и за театрализованными постановками под названием «репортажи из инфекционных больниц». Было совершенно непонятно, что делают заболевшие гепатитом А в больницах (где лучшее, что могут предложить для их лечения, – чистая питьевая вода и покой) и кому и зачем понадобилось их госпитализировать. Общим же для всех сообщений СМИ был призыв немедленно привить всех вокруг и защитить их тем самым от ужасов гепатита А. Вакцины неизменно находились, как и деньги у местных властей. Не только там, где были вспышки, но и в других местах вакцинаторы умело выбивали деньги на никому, кроме них самих и тех, чей заказ они выполняли, не нужную прививку. Вот, например, как удачно удалось им поживиться в Санкт-

Петербурге: «…Члены правительства приняли решение о выделении из городского бюджета средств на проведение вакцинации… Вакцинировать будут людей, входящих в группу риска – 12 тысяч 524 взрослых петербуржцев, работающих на пищевых предприятиях, и 1200 детей из детских домов. На вакцинацию от гепатита «А» правительство направит почти 14 млн рублей (из расчета 1040 рублей на вакцинацию одного взрослого и 600 рублей – ребенка). Председатель комитета по здравоохранению Юрий Щербук заметил, что лечение одного больного гепатитом «А» обходится значительно дороже вакцинации – примерно в 8–9 тыс. рублей»[341].

Аргументация откровенно анекдотична, но вряд ли чиновники поняли это, раз с купеческой щедростью выделили из безразмерного городского бюджета почти полмиллиона долларов на прививку. Если человека, которому не требуется ничего, кроме покоя, обильного питья и копеечных витаминов на неделю-другую, госпитализировать, делать ему каждый день анализы, приставить к нему штат медицинских работников, назначить кучу лекарств, которые в больницах вечно путают или передозируют, отравляя пациентов, заразить его внутрибольничной инфекцией, а потом уже лечить последствия всего этого, то такое лечение в итоге может обойтись и в 80 – и даже в 800 – тыс. рублей, что, однако, не оправдывает необходимости прививок. Бессмысленна госпитализация и с целью предотвращения распространения инфекции: «Учитывая доброкачественный характер болезни, можно считать вполне оправданным лечение таких больных в домашних условиях. Возражения эпидемиологов в связи с опасностью больных как источника инфекции не имеют достаточных оснований, поскольку выделение вируса с фекалиями практически у всех больных прекращается уже в первые дни желтушного периода»[342]. Но даже если бы требовалось и госпитализировать, и на самом деле тратить 8–9 тыс. рублей на лечение каждого заболевшего гепатитом А, то для согласования списка прививаемых следовало бы предварительно отправить посланника в Дельфы, чтобы местный оракул мог подтвердить, что таким-то и таким-то гражданам суждено в будущем заболеть гепатитом А, а потому прививка для них экономически оправдана. В противном случае найти хоть сколько-нибудь разумное объяснение растрате денег невозможно.

Недовольны «недопрививом» и в российской столице. Вот сердится главный государственный санитарный врач по Москве Н. Филатов: «Имеют место недостаточный объем и несвоевременное проведение противоэпидемических мероприятий. Так, в 2004 г. по эпидемическим показаниям от ГА в Москве было привито лишь 3,5 тыс. человек, в том числе 2 тыс. детей, что недостаточно для обеспечения эпидемиологического благополучия в городе. Не проводится иммунизация против ГА детей и подростков, выезжающих на летний отдых в эндемичные территории…». И постановляет: «Руководителям предприятий… независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности… обеспечить организацию проведения вакцинации против ГА за счет собственных средств предприятий… Главным врачам центров Госсанэпиднадзора в административных округах… обеспечить контроль за проведением профилактических прививок против ГА на контрольных объектах; Руководителю Департамента здравоохранения г. Москвы… обеспечить своевременное проведение профилактических (вакцинация) и противоэпидемических мероприятий в очагах ГА с целью предотвращения распространения инфекции»[343]. Чужих денег и чужого здоровья не жалко!

Довольно забавный пример, связанный с гепатитом А, хорошо иллюстрирует, насколько далеки от понимания своих функций некоторые российские начальники как минимум в том, что касается вопроса защиты прав граждан. Нижегородская прокуратура установила, что вспышка гепатита А в городе в сентябре 2005 г. (более 3 тысяч заболевших) была вызвана проникновением возбудителя в питьевую воду; при этом данные анализов, свидетельствующих о заражении воды, были проигнорированы главным технологом МП «Нижегородский водоканал». Против него было возбуждено уголовное дело, а прокурор Нижегородской области дополнительно распорядился, чтобы сотрудники милиции собрали заявления у переболевших гепатитом А, дабы последних признали потерпевшими. Поступок прокурора, всего лишь добросовестно выполняющего возложенные на него законом обязанности, оказался столь необычным для России, в которой традиционно никогда не находится ответственных, что местный мэр… счел это провокацией прокурора, направленной против городских властей![344] К сожалению, это не анекдот.

У любой прививки есть один аспект, о котором чаще всего вообще не упоминается. Каждая новая прививка означает дополнительную парентеральную антигенную нагрузку. Это возбудители болезни и их токсины, попадающие в организм противоестественным путем, в обход установленных эволюцией защитных барьеров. Это ртуть, формальдегид, алюминий, фенол и другие столь же небезобидные вещества. Это чужеродная ДНК. Где же предел? Появляются все новые вакцины, в том числе и от совершенно безобидных болезней, и их стремятся немедленно ввести в прививочный календарь, обеспечивая колоссальные доходы всем, вовлеченным в прививочный бизнес. Алчность ненасытна, но когда-то придется все же остановиться? Или можно так и продолжать десятками увеличивать количество прививочных доз для детей – ничего, мол, сойдет? Если американские родители будут сегодня следовать не только прививочному календарю, но и «научно обоснованным» дополнительным рекомендациям, то их ребенок в течение первых шести месяцев жизни получит 52 дозы различных вакцин 15-ю инъекциями. Главный российский вакцинатор пишет: «С учетом новых вакцин Национальный календарь профилактических прививок в недалеком будущем может быть существенно расширен. Высказывалось мнение, что в первой половине текущего столетия в нем будет не менее 36–40 вакцин. Естественно, может возникнуть вопрос, как иммунная система будет реагировать при насыщенном календаре прививок на введение столь многочисленных вакцин. Нам кажется, очень удачный ответ дали американские педиатры: «Новорожденный сразу после рождения с вдыхаемым воздухом, с пищей и за счет контакта с окружающей средой получает почти одномоментно огромное количество антигенов, в том числе и безусловные патогены, и при этом почему-то ни у кого не возникает опасение за их иммунную систему»[345]. Удачным этот дикий по своей невежественности ответ, кому бы он на самом деле ни принадлежал, может показаться лишь тому, кто начисто лишен представления об иммунитете и о последствиях парентерального, в обход главных механизмов защиты человека, поступления в организм ребенка ядовитых «коктейлей», включающих и возбудителей болезней, которым природой предназначено попадать в организм совершенно другой дорогой. «Огромное количество антигенов, в том числе патогенов» у здорового новорожденного попадает на слизистые дыхательной

системы и в лимфоидные образования, где и обезвреживаются инфекционные агенты, чего по определению не может произойти при вакцинации. Не только токсичность вакцин, но и разница в пути проникновения возбудителей становится причиной как осложнений, подчас очень тяжелых и даже смертельных, так и нестойкости поствпрививочного иммунитета. Об этом мы еще не раз будем говорить дальше.

Я специально включил в книгу эту главу, чтобы еще раз показать читателям: для вакцинаторов все население – неохваченный или недоохваченный прививками контингент и, соответственно, средство делать деньги. При этом не имеет никакого значения, насколько серьезна болезнь. Прививочные кампании против гепатита А – лучшее подтверждение данного тезиса.

Выводы

• Гепатит А является достаточно легкой, обычно детской болезнью. В подавляющем большинстве случаев, особенно у детей младшего возраста, болезнь протекает незаметно или не распознается в силу ее легкости. Осложнений практически не бывает, хронического носительства вируса гепатита А не существует. Заболевание дает стойкий, обычно пожизненный иммунитет.

Гепатит А – типичная болезнь неудовлетворительных санитарно-эпидемических условий, болезнь «грязных рук». Никаких специальных защитных мер, кроме наведения элементарного порядка в канализации и водоснабжении и выработки у детей навыков минимальной чистоплотности, не требуется.

Описаны болезни, в том числе достаточно тяжелые, последовавшие за прививкой против гепатита А, что признает и сам производитель. Помимо осложнений, прививка означает дополнительную вирусную нагрузку и дополнительные токсические вещества, попадающие в организм.

Гепатит B

Болезнь

Гепатит B – вирусная инфекция, поражающая печень и передающаяся с кровью или, очень редко, с другими жидкостями организма. Возможности инфицирования гепатитом B, также называющимся сывороточным, через грязные руки не существует. Этот гепатит традиционно считается «профессиональной болезнью» наркоманов, пользующихся общими шприцами для внутривенных инъекций, проституток, гомосексуалистов, а также тех пациентов, которые получают переливания цельной крови или плазмы (например, больные гемофилией или пациенты отделений гемодиализа). Даже медицинский персонал, не работающий постоянно с продуктами крови, не имеет ощутимо большего риска заражения, чем другие группы населения[346]. Вероятность передачи вируса гепатита B (не путать с заболеванием!) при разовом сексуальном контакте оценивается в 20–70 %; случаи бытового заражения от члена семьи, носителя вируса, относятся скорее к разряду казуистичных, и вероятность их может быть практически полностью устранена использованием индивидуальных зубных щеток, расчесок, бритв и маникюрных ножниц. Для тех, кто не принадлежит к указанным выше группам риска и не меняет беспрерывно половых партнеров, реальная возможность заражения гепатитом B может быть связана почти исключительно с медицинским инструментарием, не прошедшим необходимой стерилизации, или с многоразовым использованием одноразовых медицинских инструментов[347].

Перенесенное заболевание обеспечивает стойкий, обычно *пожизненный* иммунитет. Как минимум у 80 % взрослых и еще большего количества детей болезнь заканчивается *полным выздоровлением без каких-либо последствий.* Всего лишь от одного до четырех процентов взрослых, заболевших гепатитом B, становятся хроническими носителями болезни[348]. Факторы, влияющие на хронизацию гепатита B, до конца не выяснены. Отмечается, что переходу болезни в хроническую форму могут способствовать принадлежность к мужскому полу, сопутствующие заболевания органов желудочно-кишечного тракта, дыхания или мочевыделения, аллергозы, атипичная (стертая, безжелтушная) форма болезни, длительное

сохранение маркеров репликации вируса, стойкий выраженный синдром цитолиза, микстинфекция (сочетания гепатита В с другими видами гепатита), выраженная Т-лимфоцитопения, наличие определенных HLA-антигенов и др.[349] Вероятнее всего, все перечисленное здесь является проявлением какой-то специфической генетической поломки, до которой исследователи еще не добрались. Специалисты согласны между собой в том, что выраженность клинических проявлений болезни находится в обратной зависимости к степени риска хронизации: чем ярче проявления гепатита, тем меньше вероятность того, что он приобретет хроническую форму. У небольшого процента больных хроническим гепатитом В (обычно у людей с тяжелыми фоновыми заболеваниями или иммунной недостаточностью) исходом болезни могут быть цирроз печени или гепатоцеллюлярная карцинома. С увеличением возраста опасность перехода гепатита в хроническую форму снижается. Наиболее опасно по своим последствиям превращение острого гепатита В в хронический у новорожденных (по некоторым оценкам риск перехода острого гепатита в хронический равен для них 90 %, а у части потом разовьется цирроз печени[350]), но уже к четырем годам жизни этот риск оценивается всего в 10 %. Считается, что лечение интерфероном способно уменьшить как процент больных, у которых болезнь переходит в хроническую форму, так и процент тех хронических носителей вируса, у которых возникают серьезные заболевания печени. Д-р Фредерик Кленнер (1907–1984), прославившийся своими публикациями о пользе витамина С при самых различных заболеваниях, считает его препаратом выбора при вирусном гепатите и предлагает внутривенно вводить витамин С в дозе от 400 до 600 мг (в зависимости от тяжести болезни) на кг веса каждые 8–12 часов. Дополнительно к этому 10 г в день должны приниматься в виде таблеток[351].

Обычно для гепатита В характерно сравнительно легкое течение. Общие симптомы заболевания напоминают симптомы гриппа, хотя желтуха, потемнение мочи, осветление кала и боли в суставах позволяют поставить клинический диагноз гепатита. Случаи злокачественного течения редки (менее 1 %) и при этом как правило наблюдаются лишь у пациентов с тяжелыми фоновыми заболеваниями. Лабораторно диагноз подтверждается обнаружением в крови антител к

поверхностному антигену вируса гепатита В, или, как его еще называют, австралийскому антигену (HBsAg), за открытие которого американский исследователь Барух Бламберг получил в 1976 г. Нобелевскую премию.

Вакцина

Инициаторы прививочной кампании по борьбе с гепатитом В в США первоначально планировали вакцинировать только группы риска, но ни к чему существенному это не привело, так как именно те, кого вакцина была призвана защитить от гепатита В, прививаться не желали, и заболеваемость гепатитом В не снижалась. Произведенная вакцина, на которую было потрачено немало денег, лежала без дела. Тогда было решено изменить стратегию в пользу массового прививания… новорожденных, не имеющих никакого отношения к группам риска. В 1991 г. Центр контроля заболеваний (CDC) рекомендовал эту прививку для всех новорожденных и ее повторение в возрасте 1–2 и 6–18 месяцев. Как заявил глава Американской академии педиатрии (фактического рупора фармацевтических компаний) д-р Джордж Питер 12 июня 1992 г., для этого есть следующие основания. 1. Гепатит В представляет собой проблему общественного здравоохранения, и заболевания им случаются вне групп риска. 2. Входящие в группы риска отказываются от этой прививки или до них трудно добраться. 3. Дети доступны. 4. Цена прививки для ребенка ниже, поскольку ему требуется меньшая доза[352]. Поразительно, как много в этом заявлении цинизма и безразличия к интересам тех, о ком должны заботиться педиатры, и как мало здравого смысла. Доступность (читай: беззащитность) контингента прививаемых и экономическая выгода производителей и распространителей вакцин перевесили все доводы рассудка. А вот объяснение российских вакцинаторов необходимости срочных, еще до того как младенцы покинут роддом, прививок: «Конечно, теоретически можно допустить, что если у беременной нет маркеров гепатита В… то вакцинация у новорожденного может быть отсрочена на более поздние месяцы жизни, однако при таком подходе нельзя дать гарантий того, что не произойдет заражения в постнатальном периоде: в родильном доме, в отделении патологии новорожденных, при других обстоятельствах. Поэтому в регионах с высоким уровнем носительства HbsAg, несомненно, начинать вакцинацию необходимо сразу после рождения и вне зависимости от того, обнаруживаются или нет маркеры гепатита В у матери»[353]. При каких еще загадочных «других обстоятельствах» новорожденный

может заразиться гепатитом В, как не с помощью медиков? Элементарное наведение порядка в больницах и поликлиниках, обеспечение их одноразовым инвентарем и контроль донорской крови не принесут выгоды никому, кроме больных. То ли дело прививки!

Эффективность

Ни новорожденные, ни подростки, ни даже взрослые, не ведущие характерный для групп риска образ жизни, *не являются* кон*Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1997, 1, с. 10–14. тингентом, имеющим серьезный шанс заболеть гепатитом B, поэтому никакого оправдания для массовых прививок им быть не может. Вдвойне бессмысленна практикуемая вакцинация новорожденных. Приводимая обычно аргументация, что иммунизация новорожденных призвана предотвратить инфицирование в подростковом возрасте, не выдерживает критики даже с точки зрения самих сторонников этой прививки. Никто не знает, как долго сохраняется в крови уровень антител, якобы достаточный для предотвращения заражения, а провозглашаемая «защита для всех на 10 лет» не более чем обыкновенный прививочный блеф. В последнее время «10 лет» без лишнего шума сменились на «7 лет»; не исключено, что эта цифра будет понижаться и дальше обратно пропорционально расширению рынка сбыта для вакцин, и очень скоро выяснится, что прививки от гепатита B нужно повторять каждые 3–4 года[354]. История с прививками против натуральной оспы демонстрирует такую тенденцию очень наглядно. В двух исследованиях, проведенных в 1990 г., были показаны результаты, весьма отличные от заявляемых адвокатами прививки от гепатита. В одном из них было продемонстрировано, что через 4,5 года «защитный» уровень антител имеют 60 % привитых[355], а в другом – что спустя 4 года он присутствует лишь у 52 %[356]. В целом с этими данными согласен и другой ходатай за прививки в США, а именно уже упоминавшийся выше Центр контроля заболеваний[357]. Еще одно исследование из числа опубликованных в крупных реферируемых медицинских журналах вообще побило рекорд в демонстрации низкой эффективности прививки: большинство детей, привитых при рождении, к возрасту 5 лет уже полностью утратили антитела в вирусу гепатита B, при этом у трети не обнаружилось и «иммунной памяти», когда при новом контакте с возбудителем у ранее привитых быстро вырабатываются антитела[358]. Само собой разумеется, что к подростковому возрасту или даже позднее, когда

только и вырабатывается стиль поведения и жизни, предопределяющий повышенную вероятность заражения, никакой защиты не может быть и по самым заниженным критериям[359], а потому трудно оспорить суждение, что «финансовые затраты, то есть около 200$ на одного ребенка лишь для *начальной* серии из трех доз вакцины для детей, *не* относящихся к группе риска, представляют собой абсурдную растрату ресурсов здравоохранения»[360]. Даже принимая во внимание меньшую стоимость вакцин в экономически менее развитых государствах, нежели Канада, для которой был сделан этот подсчет, затраты на вредную и действительно абсурдную с точки зрения эпидемического процесса этой болезни прививку должны быть весьма и весьма ощутимы[361].

Российские вакцинаторы на местах прилагают усилия, чтобы убедить родителей покупать прививку от гепатита В своим детям. Вот что сообщают детские врачи из Ивантеевки Московской области: «Понимая, что… подростки и дети «недекретированных» возрастов в неменьшей степени нуждаются в защите от гепатита В, мы стремились всемерно привлечь средства родителей для этой цели. Поскольку стоимость вакцинации против гепатита В в коммерческих центрах иммунопрофилактики в 2–3 раза превышает стоимость вакцины (за счет оплаты услуг, налогов и арендной платы), мы организовали продажу вакцины Энджерикс-В в аптечном киоске при детской поликлинике и ее бесплатное введение в детском кабинете поликлиники. Параллельно была проведена разъяснительная кампания через средства массовой информации. Эти меры позволили прививать в месяц 30–50 детей за счет средств родителей»[362]. Вот так. Государственные поликлиники конкурируют с коммерческими центрами в бойкой реализации вакцин. К сожалению, это далеко не та конкуренция, которая способствует прогрессу.

Традиционно считалось, что дети, рожденные у матерей, являющихся носителями вируса, являются одной из главных групп риска и уж они-то безусловно должны получить прививку против гепатита В, но и здесь все далеко не так однозначно. В недавней публикации было показано, что лишь 15 новорожденных от 402 матерей, у которых был обнаружен HBsAg (то есть *всего 3,7 %*), были инфицированы вирусом гепатита В при рождении, причем факторами риска являлись преждевременные роды, титр антител к вирусу гепатита

В в крови матери и концентрация вирусной ДНК[363]. Решая вопрос о том, необходима ли новорожденному весьма небезопасная прививка против гепатита В, следует принять все это во внимание. Заслуживает внимания, что именно у тех новорожденных, у которых вероятность инфицирования наиболее велика и которым, казалось бы, прививка нужнее всего, она имеет меньше всего шансов на успех, то есть на выработку антител![364] Добавим еще, что примерно у половины младенцев! рождающихся с положительным тестом на HBsAg, к возрасту полугода тест становится отрицательным. Все это делает пользу прививки против гепатита В очень сомнительной даже в тех случаях, когда на первый взгляд для нее имеются все показания, не говоря уже о прививках родившимся от здоровых матерей – им она вряд ли может принести что-либо кроме вреда без тени пользы с любой разумной точки зрения[365].

Прививка против гепатита В включена в прививочные календари многих стран, и график ее проведения практически одинаков. Она делается при рождении[366], в 1–2 и 6–18 или в 1–2,4 и 6–18 месяцев жизни. Новорожденным матерей-носительниц вируса прививку обычно делают при рождении (сразу вслед за введением иммуноглобулина) и в возрасте 1, 2 и 12 месяцев. Ранее не привитым или получившим только одну прививку подросткам прививку делают в возрасте 11–15 лет двукратно с интервалом в 4 месяца.

Зачем вообще нужны повторные прививки? Считается, что по-настоящему полный иммунный ответ (выработка антител) может произойти только после дополнительных «толчков»; при этом первые две дозы рассматриваются как «начальные», или «инициирующие» процесс (нечто вроде затравки), а вот уже от третьей ждут высокого титра антител[367]. Необычность такого подхода (пока не сделаны *все три прививки,* на иммунитет можно не рассчитывать) помогает в определенной степени понять иное разъяснение, содержащееся в аннотациях к некоторым вакцинам (например, «Энджерикс В»). Оказывается, прививка может не помочь не только пока не сделаны все три укола, но и при уже имеющемся заражении гепатитом В. Поскольку прививаемых на наличие HBsAg не проверяют[368] (вполне предусмотрительно, не так ли? иначе могло бы выясниться, что определенное количество людей уже иммунны к вирусу гепатита В, и прививочный «охват» неминуемо бы снизился), то всякий раз, когда

гепатит возникает в промежутках между прививками или до полугода спустя после последней третьей прививки (такова максимальная длительность инкубационного периода гепатита В), все законно можно списать либо на неэффективность «неполного» прививания, либо на уже имевшийся гепатит[369]. Нехитрая, но вполне эффективная уловка!

Показательно, что и через 11 лет после введения обязательных прививок для новорожденных полной ясности с повторными (бустерными) дозами вакцины не было (впрочем, нет ее и сейчас, 14 лет спустя). Так, производитель вакцины «Рекомбивакс» признает, что длительность защиты не установлена и по сей день, а потому вопрос о повторных прививках остается открытым[370]. Кроме того, само по себе до сих пор еще является большим вопросом, какую роль антитела, вырабатываемые в ответ на введение вакцины, играют в иммунитете против гепатита В. Известно, что прочный и длительный иммунитет к гепатиту В возможен и при довольно низком уровне антител, меньше 10 mlU/L – уровня, признаваемого сегодня защитным. Возможным объяснением этого факта может быть то, что настоящая неуязвимость по отношению к гепатиту В основана на клеточном, а вовсе не на гуморальном иммунитете[371]. В противоположность тому, что иногда говорится родителям, дабы держать их в узде прививочного календаря, повторные прививки позднее рекомендуемых сроков не уменьшают эффективности выработки антител[372].

От теоретических рассуждений перейдем креальности. Читателям, разумеется, будет интересно узнать, как повлияла прививка против гепатита В на уровень соответствующей младенческой заболеваемости. Когда в мае 1999 г. на слушаниях в конгрессе США об этом спросили Гарольда Марголиса, главу отдела гепатитов Центра контроля заболеваний, тот отрапортовал, что число заболевших в возрасте до двух лет снизилось… с 266 в 1990 г. до 95 в 1997 г. Таким образом, чтобы снизить заболеваемость за 7 лет на 171 человека, если вообще отнести это снижение на счет вакцины (вполне вероятно, что могли быть и другие причины), прививки получили миллионы новорожденных, и немалое их количество стали после нее инвалидами или погибли (см. ниже). Помимо всего прочего, статистически малозначимое число в 266 детей, заболевших гепатитом В в возрасте до двух лет, лишний раз показывает, что проблемы младенческой заболеваемости гепатитом В как таковой в реальности не существует, а

потому рассуждения «польза перевешивает риск» должны быть признаны чисто спекулятивными и преднамеренно вводящими в заблуждение[373].

Обычно новорожденных, в противоречии со всеми законами, прививают, не спрашивая родителей – считается, что раз родители не возражают (обычно из-за того, что вообще ничего не знают о прививке!), то по умолчанию они на нее согласны. Поэтому те родители, которые хотят от прививки отказаться, должны побеспокоиться об этом заранее – до родов, а не после того, как новорожденного уносят (если мать позволяет это сделать). Следует заблаговременно заявить об отказе от прививки и проконтролировать, чтобы это было зафиксировано в медицинской документации и об этом знал персонал. К сожалению, в некоторых государствах даже всего этого недостаточно для родительской уверенности, что ребенку не будет сделана «для его же блага» какая-нибудь прививка или бессмысленная инъекция витамина К – в зависимости от господствующей в данный момент медицинской моды и инструкций вышестоящих учреждений. В этом случае можно взвесить два варианта: либо покинуть роддом немедленно после рождения плаценты, либо рожать в домашних условиях при помощи опытной акушерки или врача. Что касается подростков, то им прививки, как и вообще всем несовершеннолетним, также могут быть сделаны *исключительно* с разрешения родителей или опекунов.

Безопасность

Сегодня существует ряд вакцин против гепатита В, которые, в сущности, различаются лишь количеством содержащегося в дозе HBsAg. Консервантом для всех является ртуть (тимеросал, он же мертиолят в российской вакцине «Комбиотех») в концентрации 0,005 %, за исключением южнокорейской вакцины «Эувакс» (0,01 %), а в американской вакцине HB-VAX II присутствует еще и формалин (0,008–0,012 %). В качестве сорбента используется гидроокись алюминия.

Первая вакцина, производившаяся из плазмы больных гепатитом В, была лицензирована американской фармацевтической компанией «Мерк» в 1981 г. После ее применения были зарегистрированы случаи оптического неврита, сопровождавшегося полной или частичной утратой зрения, заболевания синдромом Гийена-Барре, поперечным миелитом и др[374]. Однако не по причине этих осложнений, а из-за массовых отказов от прививки из опасения передачи ВИЧ с такой вакциной и связанного с этим коммерческого неуспеха[375] «Мерк» начала разрабатывать новую, генно-инженерную (рекомбинантную) вакцину, которая была лицензирована в 1986 г.[376] Предполагалось, что эта вакцина, основанная на достижениях генной инженерии, ознаменует собой новую эру в вакцинологии, якобы научившейся наконец создавать препараты, вообще не вызывающие осложнений. Но этот оптимистический прогноз не оправдался ни в малейшей степени. Новая вакцина оказалась не только не менее, а более опасной, чем ее «старомодные» предшественницы. Кроме того, прививку так спешили протолкнуть на рынок, что Комитет по вакцинам и биологическим продуктам Управления контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA), столь непримиримо стоящий на защите права общества на безопасную и надежную медицину, когда речь заходит об альтернативных лекарствах, внезапно стал настолько мягким и покладистым, что позволил производителю не проверять вакцину в клинических условиях, а за гарантию эффективности принять лишь уровень образующихся после введения вакцины антител, без всяких эпидемиологических исследований[377].

Президент группы экономического прогнозирования «Белкин Лимитэд», статистик Майкл Белкин из Нью-Йорка, чья пятинедельная дочь скончалась 15 часов спустя после второй прививки против гепатита В, изучил базу данных Системы сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) по осложнениям на эту прививку. На слушаниях по прививке против гепатита В в подкомитете конгресса США 18 мая 1999 г. он заявил, что, по сделанным им подсчетам, в VAERS с июля 1990 г. по октябрь 1998 г. было направлено 24 755 сообщений о побочных реакциях, последовавших вслед за введением вакцины против гепатита В, причем 439 случаев закончились смертью привитых, а в 9673 случаях последствия оказались «просто» серьезными (визиты в приемные отделения больниц, госпитализации, инвалидизация разной степени тяжести). Из 24 755 сообщений 17 497 относились исключительно к прививке против гепатита В, а остальные – к столь популярным сегодня в США прививочным «коктейлям», когда одновременно вводилось несколько доз разных вакцин (оральная и инъекционная полиовакцины, вакцина против гемофильной палочки и др.), никаких исследований безопасности которых никогда не проводилось. Именно на эти «коктейльные» эксперименты американских вакцинаторов, представляющие собой меньше трети сделанных прививок, пришлось две трети (291) всех смертей, в среднем случившихся спустя два дня после прививки[378]. Белкину был задан следующий вопрос: «Почему же, вместо прививания младенцев, просто не проверяются матери на носительство вируса гепатита В (поскольку это единственный путь, которым новорожденный может заразиться этой болезнью)?». Ответ Белкина был вполне исчерпывающим: «Продажа вакцин является крайне выгодным бизнесом, а процесс рекомендации вакцин запятнан злоупотреблением служебным положением производителей вакцин и лиц в Совещательном комитете по иммунизационной практике и Американской академии педиатрии. Модель бизнеса, при котором покупка товара навязывается государством, является мечтой монополиста». Действительно, зачем тратить деньги в поисках тех единиц из числа беременных, будущие дети которых могут пострадать от гепатита В, и делать выборочные прививки, когда можно поголовно прививать *всех* новорожденных?[379]

В тот же день, когда выступал Майкл Белкин, выступила и Мэрилин Киршнер, мать 16-летней Линдзи, ставшей стопроцентным

инвалидом после полученной прививки против гепатита В. Совершенно здоровая до того девочка на следующий день после прививки упала в обморок. С того времени она страдает от тяжелейших головных болей и головокружений, конвульсий, болей в суставах, выпадения волос, приступов тошноты и рвоты. Со слов Мэрилин Киршнер, после того, как об этом несчастье рассказала корреспондент WPLG Кристи Крюгер (это был первый репортаж о последствиях прививки против гепатита В в США), ей стало известно об огромном количестве случаев такого рода.

На слушаниях свидетельствовала также специалист в молекулярной биологии проф. Бонни С. Данбар из Бэйлоровского медицинского колледжа (Хьюстон, штат Техас), лауреат премии имени Маргарет Питмен, учрежденной Национальным институтом здоровья за разработку новых вакцин. Ее брат стал тяжелым инвалидом, страдающим нейродегенеративным заболеванием, а одна из студенток начала стремительно терять зрение (вероятно, вследствие оптического неврита) после этой прививки. Данбар, занявшаяся проблемой прививки против гепатита В, заявила: «Сейчас я нахожусь в прямом контакте с сотнями тяжело больных людей (а также с врачами, у которых сотни таких пациентов), у которых развились тяжелые неблагоприятные реакции в ответ на прививку против гепатита В. Я считаю, что крайне необходимо исследовать как ранние реакции, так и их дальнейшее прогрессирование в аутоиммунные болезни, в надежде, что нам удастся найти более специфическое лечение и предотвратить отсроченные реакции у тех, кто уже пострадал от этой прививки». В ответ на вопрос о целесообразности прививки против гепатита В для новорожденных Данбар ответила: «Я оспорила бы утверждения моих коллег, исследователей в клинических или фундаментальной областях, заявляющих, что мы в общих чертах понимаем иммунную систему младенцев. На моделях животных доказано, что иммунная система новорожденных очень отличается от иммунной системы взрослых и даже подростков. Фактически иммунную систему новорожденных животных очень легко потревожить так, чтобы убедиться, что во взрослой жизни ее функция будет нарушена. И наоборот – крайне низка вероятность того, что в США новорожденный имеет хоть сколько-нибудь значительный риск заражения гепатитом В в детском возрасте, поскольку это болезнь, передающаяся с кровью. Вряд ли

новорожденные могут быть вовлечены во внутривенное использование препаратов или небезопасный секс. Вряд ли они могут пострадать от зараженной иглы, как медицинский работник. Единственный путь, которым они могут заразиться гепатитом, – через уже инфицированную мать. Для меня примечательно то, что в свете отсутствия научной и медицинской информации о неонатальной иммунологии новорожденные – и особенно те, которые не находятся в группе риска по гепатиту В – получают многочисленные прививки против гепатита В. Имеется мало или не имеется вообще клинических исследований для адекватной оценки возможных отсроченных реакций на прививки новорожденным, особенно в том, что касается генетических различий».

Данбар также обратила внимание присутствующих на слушаниях на то, что – по признанию сотрудников Управления контроля пищевых продуктов и лекарств – в VAERS сообщается о лишь от 1 до 10 % всех постпрививочных осложнений. Таким образом, истинное число пострадавших от прививки против гепатита В может быть в десятки раз больше. Кроме того, упоминая о рекламируемой безопасности генно-инженерных вакцин, к которым принадлежат и вакцины против гепатита В, Данбар сказала: «Любой пептид (ограниченная последовательность аминокислот белка) или полный пептидный набор, или «усеченный» белок (получающийся в результате выделения из биологического источника и очистки или путем использования технологии рекомбинантной ц-ДНК), будучи введенным в организм, может быть «переработан» иммунной системой и, в зависимости от природы этого белка, может стать причиной отсроченных аутоиммунных реакций… Не вызывает сомнения, что вирус гепатита В (и вакцина, созданная на основе поверхностного антигена вируса) очень отличается от других вирусов (вакцин). Разрабатываются новые теории и эксперименты (например, теория так называемой молекулярной мимикрии и антиидиопатических антител), которые могли бы объяснить неблагоприятные реакции, вызываемые этим вирусом и вирусным протеином, используемым в вакцине… Десятки публикаций, связывающих этот вирус и его вакцину с аутоиммунными болезнями… доказывают нам, что вирусный антиген вызывает аутоиммунные болезни»[380]. Заслуживает также быть упомянутым, что еще в 1996 г., за три года до слушаний, на которых выступала проф. Данбар, авторы статьи во вполне престижном научном журнале писали:

«Не вызывает сомнения, что новая рекомбинантная вирусная вакцина от гепатита B способна запускать аутоиммунность»[381].

Связь прививок и аутоиммунных заболеваний – отдельный и очень сложный вопрос, освещение которого не входит в задачи настоящей книги. Лишь для того, чтобы дать читателям самое общее представление о проблеме и возможном механизме аутоиммунного ответа организма на вакцины, я процитирую фрагмент из статьи американского гомеопата д-ра Ричарда Московица: «Давно известно, что живые вирусы способны долгие годы оставаться в скрытом состоянии внутри клеток-хозяев, не вызывая возникновения острого заболевания. В большинстве случаев генетический материал вируса (в виде отдельной частицы или «эписомы») встраивается в геном клетки-хозяина и размножается вместе с ним. При этом клетка получает инструкции и продолжает практически нормально существовать, параллельно со своими синтезируя и вирусные белки. Латентные вирусы уже признаны причиной трех разных видов хронических болезней: 1) *рецидивирующих острых заболеваний,* таких как герпес, опоясывающий лишай, папилломы и т. д.; 2) *медленных вирусных заболеваний,* подострых или хронических, обычно прогрессирующих и часто смертельных (например, куру, болезнь Кройцфельда-Яко-ба, подострый склерозирующий панэнцефалит; возможно, синдром Гийена-Барре); 3) некоторых *опухолей,* как доброкачественных, так и злокачественных. В любой из этих форм латентный вирус существует в клетке-мишени в качестве чужеродного элемента, так что иммунная система, если она еще способна реагировать, должна продолжать производить соответствующие антитела. Однако, если вирус остается встроенным в геном клетки-хозяина, эти антитела будут направлены против самой клетки. Постоянное наличие в организме живых вирусов и других чужеродных антигенов неизбежно вызывает *аутоиммунные реакции,* поскольку разрушение зараженных клеток является единственным способом, позволяющим организму избавиться от этого постоянного антигенного раздражителя. Так как при обычной вакцинации живые вирусы и другой высокоаллергенный материал вводятся в кровоток практически каждого человека, напрашивается вывод, что это неминуемо приведет к значительному росту числа аутоиммунных заболеваний»[382].

Процитирую еще мнение российского ученого: «…Любое введение в клетки организма человека генных конструкций, с какой бы целью оно ни производилось, может иметь отрицательные последствия, способные привести к нарушению функций любых генов, в том числе регулирующих клеточное размножение и иммунные реакции. Это может, в свою очередь, вызвать крайне нежелательные изменения в организме, включая образование раковых клеток»[383]. Вспомним здесь, что речь идет о несформированной иммунной системе новорожденного, для которой опасность непредсказуемых и опасных иммунных реакций умножается многократно.

Среди других выступавших на слушаниях был и д-р Дж. Бартелоу Классен, президент научно-исследовательской группы «Классен Имьюнотерапиз». Он заявил, что, согласно проведенным его группой исследованиям, частота диабета I типа в Новой Зеландии возросла на 60 % после введения в прививочный календарь этой прививки[384]. Этот вывод, по его мнению, подтверждают и результаты другой группы исследователей, согласно которым прививка в первые 8 недель жизни связана с повышением риска заболевания диабетом на 90 %[385], и это согласуется с последним исследованием самого Классена[386]. (В следующем году предположение Классена на годовом собрании Американской диабетологической ассоциации подтвердили итальянский педиатр проф. Паоло Позилли и его коллеги, проследившие за 150 тыс. привитых и тем же числом непривитых детей и обнаружившие, что вероятность заболевания диабетом для непривитых в целом ниже в полтора раза, чем для привитых, а для тех, кто счастливо избежал прививки в возрасте 12 лет, он ниже в 2,5 раза)[387].

Месяцем позднее слушания продолжились. Д-р Джейн Ориент, терапевт из Таксона (Аризона), исполнительный директор Американской ассоциации врачей и хирургов (созданной в качестве альтернативы пропрививочной Американской медицинской ассоциации)[388], заявила 14 июня, что риск только серьезных реакций на вакцину против гепатита B может в 100 раз превышать риск заражения этой болезнью для подавляющего большинства детей. Кроме того, д-р Ориент подчеркнула, что родителей сознательно вводят в заблуждение, когда им говорят, что риск заболевания выше риска осложнений на прививку, поскольку как бы ни был ничтожен риск

заражения гепатитом B для детей, он все же выше нуля, а осложнения вакцинации от гепатита B умышленно игнорируются, и потому, по мнению вакцинаторов, их не существует вообще. Стоит отметить, что д-р Ориент также упомянула о неприемлемости нынешнего положения вещей, когда решения о прививках в национальном масштабе принимаются крохотной группой людей, неоднократно пойманных на так называемом конфликте интересов, то есть имевших собственную и вполне ощутимую выгоду (акции и работа консультантами или экспертами в фармацевтических компаниях, научные гранты от производителей вакцин) от принятия решения в пользу рекомендации все новых и новых обязательных массовых прививок.

Разумеется, ни об имеющихся фактах аутоиммунных заболеваний, ни о сомнениях относительно результатов бесстрашных манипуляций с иммунной системой младенцев не сообщают бодрые прививочные агитки и «научные» публикации, призывающие прививать детей, ни о чем не беспокоясь[389]. А ведь при аутоиммунных болезнях не бывает выздоровления в 90–95 % случаев, как это происходит при естественной болезни! Аутоиммунное страдание *практически всегда* означает инвалидность большей или меньшей степени тяжести и достаточно безрадостный прогноз на будущее. Эксперты Института медицины при Национальной Академии наук США под натиском фактов уже признали причинную связь между следующими вакцинами и аутоиммунными болезнями: дифтерийный и столбнячный анатоксины, а также вакцины от кори и полиомиелита – синдром Гийена-Барре; MMR (вакцина от кори, свинки и краснухи) – тромбоцитопения, аналогичная идиопатической тромбоцитопенической пурпуре; краснушная вакцина – артрит. На очереди все новые пары-кандидаты… Сравните обнародованные на слушаниях в конгрессе США данные с такой характеристикой осложнений от прививки против гепатита B, взятой из одной российской брошюры: «Общие и местные реакции отмечаются очень редко. Общая реакция может проявляться повышением температуры тела, болью в суставах, в животе, тошнотой, недомоганием. При длительных и упорных жалобах необходима консультация врача для дифференциального диагноза с каким-либо присоединившимся заболеванием»[390]. Об осложнениях это – все! Кроме того, вероятно, предполагается, что только совершенно случайно совпавшее по времени («присоединившееся») заболевание может стать

поводом для обращения к врачу; от прививки же ничего серьезного, требующего консультации, быть не может…

Говоря об осложнениях, аннотация к вакцине «Энджерикс Б» (производитель «Смит Клайн Бичем») упоминает следующие возможные последствия прививки: обычные (от 1 до 10 % всех прививок) – мягкое местное воспаление, покраснение и уплотнение места укола; редкие (менее 1 %) – низкотемпературная лихорадка, недомогание, усталость, боли в суставах, воспаление суставов, боли в мышцах, головная боль, головокружение, синкопа, тошнота, рвота, понос, боли в животе, лимфоаденопатия, патологические изменения в печеночных пробах, сыпь, включающая крапивницу. После появления вакцины на рынке сообщалось о случаях анафилаксии, мультиформной эритемы, включая синдром Стивенса-Джонсона; отсроченные последствия включают боли в суставах (обычно преходящие), зуд и крапивницу, экхимозы, узелковую и мультиформную эритему. Сообщалось также о тромбоцитопении, алопеции, кератите, герпесе, тромбоцитопенической пурпуре, болях в ушах. Неврологические проявления могут быть представлены парезами и параличами, нейропатией, поперечным и оптическим невритами, синдромом Гийена-Барре[391], рассеянным склерозом. Среди осложнений на введение вакцины описана острая мозжечковая атаксия[392].

Относительно самых тяжелых осложнений списка в отчете комитета экспертов, созданного при упоминавшемся выше американском Институте медицины (ЮМ) с целью изучения связи прививок с разными болезнями, было заявлено, что связь прививки против гепатита В с демиелинизирующими болезнями нервной системы (к которым относится и рассеянный склероз) и синдромом Гийена-Барре, а также с артритами, продемонстрирована научными данными, а связь этой прививки с синдромом внезапной детской смерти и анафилактическим шоком допустима теоретически[393]. В «Основных проблемах прививок» я уже упоминал о факте, что во Франции, например, кампания по вакцинации против гепатита В была запущена в сентябре 1994 г. несмотря на то, что в базах данных по побочным реакциям на прививки (европейская REACTIONS и американская VAERS) не было недостатка в тревожных сообщениях о последствиях этой прививки. Как это всегда бывает в прививочных делах, не обошлось и без примитивной лжи и подтасовки фактов. Только недавно

было признано, что цифры инфицированности гепатитом В во Франции, на основании которых была раскручена кампания, могли превышать истинные… немного совсем, всего-то в семь раз[394]. После того как адвокаты заболевших нейродегенеративными болезнями после прививки против гепатита В подали иски в суд, в октябре 1998 г. в свете разгоревшегося общественного скандала французское правительство отменило обязательность прививки против гепатита В для подростков. Не место здесь рассказывать, какую ярость вызвало это известие у Главного друга всех детей мира – ВОЗ, обвинившей Францию не менее как в подрыве доверия публики к проводимым ВОЗ прививочным программам. Позднее, словно убоявшись ВОЗ, эксперты упомянутого Института медицины в 2001 г. выпустили новый отчет, в котором ранее установленная связь прививки от гепатита В с демиелинизирующими заболеваниями теперь… объявлялась недоказанной![395] При этом, правда, было отмечено, что данные недостаточны ни для окончательного положительного, ни для окончательного отрицательного ответа; нужны-де дополнительные исследования. Пока суд да дело, а ручные эксперты спешат поклониться то одним, то другим, прививки делаются во все возрастающих масштабах, и никто не рекомендует их приостановить хотя бы для тех, кто не относится к группам риска, – пусть даже только до внесения окончательной ясности в вопрос. А ведь для производителей количество реализуемой продукции – самое главное. Между тем рассеянный склероз, который встречался у детей исключительно редко, не сказать был казуистичным (это преимущественно болезнь лиц молодого и среднего возраста), стал регистрироваться в педиатрической практике в странах, включившихся в прививочную борьбу с гепатитом В, вполне рутинно[396]. Опубликованное недавно исследование, изучавшее частоту возникновения рассеянного склероза у привитых от гепатита В и не привитых от него англичан в период с 1993 по 2000 г., обнаружило, что в три последовавших за прививкой года частота возникновения этой страшной болезни была в три раза больше у привитых…[397].

Я думаю, что здесь уместно будет рассказать небольшую историю, имеющую отношение как к прививкам от гепатита В, так и к комитету экспертов при Институте здоровья, который в последнее время постоянно находится под огнем критики. Эта история даст читателям определенное представление о том, насколько можно доверять

некоторым выводам этого считающегося независимым комитета, когда дело касается связи прививок и следующих за ними болезней. В 1992 г. Хилари Батлер, чье имя я уже несколько раз упоминал ранее, и д-р Дж. Э. Моррис, о котором я скажу в дальнейшем, подготовили детальный доклад о побочных реакциях, случившихся в Новой Зеландии во время кампании 1985–1988 гг. по прививанию вакцинами от гепатита В на основе донорской плазмы, и отправили его в комитет. Помимо 70 эпизодов бронхоспазма, 47 случаев ангиоэдемы, 107 случаев крапивницы, 42 случаев конвульсий, 22 случаев атаксии или онемения ног и иных мелких и покрупнее осложнений, они особо отметили два зарегистрированных случая анафилактического шока. Последний всегда был особенно неприятен для вакцинаторов, поскольку несет в себе смертельную опасность, обычно развивается немедленно или в считанные часы после прививки и потому не может быть списан ни на какую своевременно «наслоившуюся» болезнь или иное «совпадение». В выводах доклада Батлер и Моррис указали, что количество осложнений значительно превышает то, что признавалось производителями, а также обратили внимание на различные трюки вакцинаторов (например, прививание детей вакцинами разных производителей), исключающие возможность сформировать равноценные группы для честного сравнения. В январе 1994 г. Хилари Батлер получила благодарность и отчет комитета, в котором к своему изумлению обнаружила, что согласно ее и д-ра Морриса данным… в Новой Зеландии *не было зарегистрировано ни одного случая анафилактического шока* после прививки от гепатита В![398] Так и возник вывод о всего лишь теоретической, не подтвержденной ни одним действительно зарегистрированным случаем, связи прививки от гепатита В с анафилактическим шоком. В то время как Батлер и Моррис слали в пустоту письма электронной почтой и факсы, вывод об отсутствии случаев анафилаксии на основании новозеландских данных уже вовсю цитировали Центр контроля заболеваний и Управление контроля пищевых продуктов и лекарств, утверждая, что вакцины от гепатита В *никогда* не вызывают анафилаксии. В конце концов, в октябре 1996 г., через 2,5 года после того, как подлог вскрылся, руководитель проекта Кэтлин Страттон сообщила, что никаких изменений в отчет вноситься больше не будет. А 18 мая 1999 г., в тот же день, когда на слушаниях в конгрессе выступали Майкл Белкин и

другие, слово взял председатель подкомитета по правосудию, лекарственным средствам и трудовым ресурсам сенатор Джон Л. Майка, который зачитал справку Алана П. Браунстейна из Центра контроля заболеваний. Согласно этой справке, во время прививочной кампании в Новой Зеландии не было зарегистрировано не только ни единого случая анафилактического шока, но… также *ни одного случая затруднений с дыханием или крапивницы!* Вот так к политикам и широкой публике попадают «научно обоснованные выводы» о безопасности и эффективности прививок.

Аннотация к обсуждаемой нами вакцине «Энджерикс Б» сообщает, что противопоказанием к введению вакцины является «непереносимость любого компонента вакцины». Но, спрашивается, каким образом это можно выяснить, когда прививка во многих странах делается *всем* новорожденным через 12 часов после рождения? Кто проверяет их на эту непереносимость и когда? Не в материнской же утробе?

Ни одна из вакцин против гепатита В не проверялась на канцерогенный или мутагенный эффект. Последнее подтверждается и самой аннотацией, признающей, что исследования на беременных животных не проводились, а потому прививка беременной может быть рекомендована лишь в исключительных случаях. Как и другие вакцины, вакцины против гепатита В не изучались в контексте их возможных долговременных последствий. Стандартная временная граница – от 72 до 120 часов максимум после прививки. Все, что бы ни произошло после этого, автоматически приписывается чему угодно, кроме прививки. Может быть, вакцины способны вызывать рак. Может быть, они способны вызывать тяжелейшие аутоиммунные или нейродегенеративные болезни. Все может быть. Никто этого никогда не изучал. Те, кто делают деньги на прививках, и не заинтересованы в таком изучении, поскольку негативные или даже сомнительные результаты могут подорвать их доходы[399]. Гораздо проще голословно отрицать какую-либо связь, чем проверить, существует ли она на самом деле. О том, к чему может привести та или иная прививка, публика может узнавать лишь ретроспективно, после того, как количество осложнений превысит то, которое удается скрывать или списывать на «совпадения по времени», или за дело берется пресса[400].

В контексте отсутствия должного изучения безопасности вакцин заслуживает быть упомянутым, что в России прививка от гепатита В была включена в прививочный календарь, в котором, в отличие от американского, вслед за ней через несколько дней следует прививка БЦЖ. Насколько мне известно, никаких исследований безопасности такого совмещения в свое время не проводилось. «По умолчанию» было сочтено, что раз прививка от гепатита В безопасна, и прививка БЦЖ тоже безопасна, то от совмещения двух безопасных прививок ничего быть не может. По имеющимся (но не опубликованным) сообщениям, число желтух, регистрируемых у новорожденных в России, возросло за годы прививания от гепатита В многократно. Кроме того, возросло и число случаев необъяснимого ухудшения состояния младенцев, требующих неотложного вмешательства, в том числе и лечения в реанимационных отделениях. Но этой правде, грозящей неприятными разбирательствами, трудно пробиться на свет…

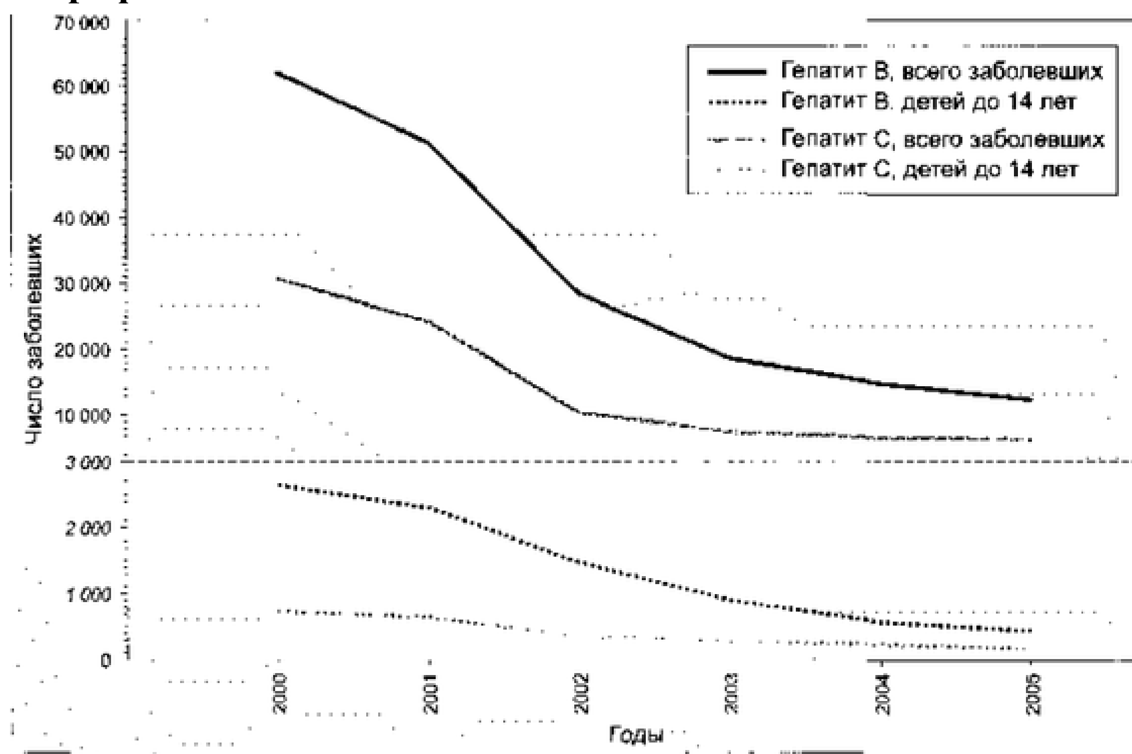
Гепатит В – что делать?

Было бы наивно считать, что такой проблемы, как распространение гепатита В, вообще не существует. Она есть, хотя безмерно искусственно раздувается, ибо существуют и множатся подлежащие реализации вакцины[401]. Сама же эта проблема вполне решаема безо всяких прививок. Разобраться в вопросе нам помогут знание четырех действий математики и другой гепатит – гепатит С, против которого прививок нет. Этот гепатит, имеющий сходный с гепатитом В парентеральный путь распространения, неизмеримо опаснее, ибо во много раз чаще ведет к хроническому носительству, и именно гепатит С, а отнюдь не гепатит В, является главной причиной циррозов и рака печени. Правда, при этом вирус гепатита С гораздо менее стоек в окружающей среде, нежели вирус гепатита В. Поскольку пропагандисты прививок заявляют, что именно прививки и ничто другое помогли снизить заболеваемость гепатитом В, то логично было бы ожидать, что заболеваемость гепатитом С на фоне прививочных усилий по гепатиту В в лучшем случае останется неизменной, однако статистика говорит о другом. Рискуя утомить читателя цифрами, я все же покажу, сколь ничтожное (если существующее вообще) влияние оказала прививка на динамику заболеваемости гепатитом В за последние несколько лет в Российской Федерации, где проживает большинство моих читателей[402]. РФ заслуживает особого внимания и потому, что когда для описания ситуации с гепатитом В приводятся США, то слышны возражения, что в России совершенно другая эпидобстановка и требуется совершенно иной подход. Официальные статистические данные я объединил в предлагаемую ниже таблицу заболеваемости гепатитами В и С[403].

Таблица 1. Число заболевших гепатитами В и С в РФ

Годы	2000		2001		2002	
	Всего заболевших	Дети до 14 лет	Всего заболевших	Дети до 14 лет	Всего заболевших	Дети до 14 лет
Гепатит В	61 997	2651	51 305	2 302	28471	1477
Гепатит С	30 810	729	24 133	641	10312	362
Годы	2003		**2004**		**2005**	
	Всего заболевших	Дети до 14 лет	Всего заболевших	Дети до 14 лет	Всего заболевших	Дети до 14 лет
Гепатит В	18 784	907	14981	580	12 379	438
Гепатит С	7 502	294	6 890	225	6 455	179

График 1. Число заболевших гепатитами В и С в РФ



Исключительно ради большей наглядности и точности представим отдельной таблицей *заболеваемость на 100 тыс.* населения (ни большого прироста, ни катастрофического уменьшения населения в РФ в 1990-х – начале 2000-х гг. не происходило, поэтому и таблица 1 отражает динамику заболевания достаточно точно).

Таблица 2. Заболеваемость гепатитами В и С в РФ (на 100 000 населения)

	1994	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Гепатит В	26,8	35,4	36,6	35,7	43,3	42,5	35,3	19,8	13,1	10,4	8,56
Гепатит С	3,2	6,8	9,1	11,6	20,9	21,1	16,7	7,1	5,2	4,8	4,47

График 2. Заболеваемость гепатитами В и С в РФ (на 100 000 населения)



Здесь уместно напомнить, что решение о внесении вакцинации против гепатита В в календарь прививок было принято в Российской Федерации в 1997[404]. Ни в 1997 г., ни в 1998 г. (когда произошло небольшое снижение заболеваемости гепатитом В) эта прививка хоть в сколько-нибудь статистически значимых масштабах не делалась вообще. В 1999 г. ее получили около 3 % детей, а в 2000 г. – около 10 %; при этом регионов с «необходимым прививочным охватом» свыше 90 %, не говоря уже о запланированных 95 %, в 2000 г. (когда опять произошло небольшое снижение после подъема в 1999 г.) в РФ не существовало вообще. Кстати, и в следующем, 2001 г. таковых регионов, где «привитость» детей от гепатита В превысила 90 %, отыскалось лишь 1,2 %[405]. Таким образом, перед нами достаточно «чистая», свободная от влияния прививок цифра заболеваемости в 2000 г., который можно взять за точку отсчета, поскольку до того

никакого ощутимого влияния на показатели заболеваемости этим гепатитом у детей прививки оказать не могли. И вот мы видим, что в 2000 году в Российской Федерации гепатитом В заболели 61 997 человек, из них детей в возрасте до 14 лет… 2651, то есть 4,27 %! Как связать эти данные с истерическими криками о необходимости срочного спасения прививками подрастающего поколения от гепатита В? Для гепатита С тот же показатель составил еще меньше – 2,36 %. Таким образом, прививки – не только новорожденным, но и вообще детям до 14 лет – просто бьют мимо цели, поскольку те, кому их делают, составляют очень небольшой процент в структуре заболеваемости парентеральными гепатитами. Но разве это не было ясно с самого начала, ибо дети не в группе риска по этому заболеванию? В 2001 г., когда число планово привитых детей превысило уже 40 %, случаев заболевания гепатитом В среди взрослых было зарегистрировано 51 305, а среди детей – 2302. Таким образом, принимая здесь условно количество населения РФ за неизменное (тем более что заболеваемость относительно количества населения сравнительно ничтожна) и вычитая из общего количества заболевших количество детей, мы получаем следующее снижение заболеваемости у взрослых: (61 997-2651) – (51 305-2302) = 10 343 или примерно на 16,7 %. В интересующей нас прививаемой возрастной группе до 14 лет это снижение составило 2651–2302=349 или 13,16 %. Меньше, чем у взрослых, *не* получавших прививок! Аналогичные вычисления для заболеваемости гепатитом С представляют для нас больше академический интерес за отсутствием прививания от этой болезни, однако и они, сделанные с использованием аналогичных арифметических действий, показывают снижение на 22 % для взрослых и на 12 % для детей.

В 2002 г. снижение шло следующими темпами: 44,9 % для взрослых и 35,8 % для детей по гепатиту В и 57,6 % и 43,5 % по гепатиту С соответственно, в 2003 г. – 33,8 % для взрослых и 38,6 % для детей по гепатиту В и 27,5 % и 19 % по гепатиту С соответственно. В 2004–2005 гг. заболеваемость как гепатитом В, так и гепатитом С продолжает снижаться с примерно одинаковой скоростью, в чем читатель может убедиться сам, взглянув на графики и таблицы. Обращает на себя внимание, что заболеваемость «беспрививочным» гепатитом С также стремительно снижается, причем, как

свидетельствуют таблицы 1 и 2, это точно так же началось в 2001 г. Кстати, с гепатитом С тоже собираются бороться отнюдь не стерилизацией материалов и контролем донорской крови, а прививками: «Решение проблемы гепатита С возможно только на пути создания высокоэффективных вакцин. В нашей стране работы по созданию вакцины против гепатита С ведутся в четырех научных центрах… Ход выполнения этих работ показывает, что из-за высокой изменчивости вируса гепатита С создать вакцину против этого заболевания в ближайшие 10 лет скорее всего не представится возможным»[406]. Хоть с этим гепатитом повезло, и в ближайшие десять лет дети будут избавлены от очередного «совершенно необходимого, безопасного и эффективного» плода вакцинаторской мысли. Но пока что, надо так понимать, сотни тысяч, если не миллионы рублей передаются на разработку новой вакцины.

Разумеется, мною приведена довольно приблизительная статистика, не учитывающая многого, однако она свидетельствует о следующем: если имеются две болезни, идентичные по пути передачи и распространения, со вполне сравнимой заболеваемостью (несколько десятков тысяч случаев в год) и они начинают снижаться одновременно, при этом резко и примерно одинаковыми темпами, то в основе этого безусловно должно лежать что-то общее. А что это общее относительно гепатитов В и С, известно давным-давно: разъяснение контингентам групп риска опасности общего использования шприцов и секса без употребления презервативов, контроль донорской крови, обеспечение одноразовым инвентарем и всем необходимым для стерилизации инструментов лечебно-профилактических учреждений и пр. Случайно ли снижение произошло в 2001 г.?

13 февраля 2001 г. состоялись парламентские слушания «О государственной политике по предупреждению распространения в Российской Федерации заболеваемости инфекционным гепатитом», результатом чего было как минимум дополнительное привлечение внимания законодателей и общественности к проблеме гепатитов и, вероятно, дополнительное финансирование борьбы с этим злом. А 27 марта 2001 г. состоялась коллегия Минздрава РФ по вирусным гепатитам, на которой было отмечено, что *«основной причиной резкого ухудшения эпидемической обстановки является интенсивный рост внутривенного употребления наркотиков, основными потребителями*

которых являются подростки и лица молодого возраста. Возрастает роль полового пути передачи инфекции, так как употребление ряда распространенных в молодежной среде наркотиков стимулирует половую активность и снимает морально-этические ограничения. Все это свидетельствует о том, что заболеваемость вирусными гепатитами В и С трансформировалась из медицинской проблемы в социальную и представляет реальную угрозу для национальной безопасности страны» (выделено мной. – *А. К.*). Все верно, и ни младенцы, ни иная публика, не имеющая отношения к наркотикам и связанному с ними сексу, никакого касательства к этой проблеме не имеет. Также было сказано, что «…Удельный вес заражений парентеральными гепатитами при проведении медицинских манипуляций составляет от 2 до 10 %. Это обусловлено недостаточным применением в лечебно-профилактических учреждениях современных высокоэффективных дезинфекционных препаратов, отсутствием в 40 % больниц и поликлиник централизованных стерилизационных отделений, недостаточным обеспечением этих учреждений, особенно в сельской местности, одноразовым медицинским и лабораторным инструментарием».

Подумать только: хотя почти в каждой второй российской больнице нет должных стерилизационных отделений, гигантские суммы выбрасываются на вредную и ненужную прививку, приносящую пользу лишь ее производителям и распространителям, и на компенсации ее жертвам или на ведение судебных процессов, чтобы выплаты этих компенсаций избежать! Вряд ли могут быть сомнения, что не только производители, но и агитаторы за эту прививку на всех уровнях, начиная с Минздрава и заканчивая местными медицинскими властями, не остаются внакладе. Ликвидация этой кормушки могла бы стать крайне болезненным ударом для привыкших к легкому и безответственному заработку, но это рано или поздно придется сделать в интересах всего общества, если последнее, конечно, хочет, чтобы его кровные деньги перестали перекачиваться в карманы вакцинаторов.

Но проблема не только со стерилизацией и одноразовыми инструментами. Остра также проблема контроля донорской крови. Председатель попечительского совета благотворительного фонда «Служба крови – людям» д.м.н. проф. В. Максимов говорит в интервью «Медицинской газете»: «К сожалению, наше общество не осознает всей

угрозы передачи с донорской кровью ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, сифилиса, герпеса… и напрасно. При сегодняшнем положении дел любой пациент, кому по жизненным показаниям потребуется переливание компонентов крови, не гарантирован от инфекции. Основными составляющими безопасной трансфузиологии являются лейкофильтрация и карантинизация. Конечно, полностью избежать риска передачи гемотрансмиссивных инфекций нельзя, но… этот риск можно снизить более чем в 1000 раз! Нам пока приходится лишь мечтать об этом… По мнению специалистов, инфицированность вирусными гепатитами B и C больных гемофилией, которым требуется регулярное переливание компонентов крови, достигает порой 90 %. Это трагедия!»[407].

Что же мешает предотвратить трагедию? Ответ прост – нет денег, хотя, по утверждению проф. Максимова, оригинальный российский лейкофильтр стоит всего-навсего несколько сот рублей. Зато неизмеримо большие деньги неизменно находятся на прививки, в том числе и от гепатита B – того самого, от которого они не смогут уберечь даже в теории в случае переливания инфицированной донорской крови из-за огромной одномоментной вирусной нагрузки. Могу сослаться и на опубликованную в профильном журнале статью о внутрибольничном инфицировании гепатитами B и C, в которой указываются главные причины инфицирования пациентов. Ее автор, цитируя различные публикации, сообщает: «…На фоне снижения общей заболеваемости ГВ и ГС, в Московской области в последние годы стал увеличиваться удельный вес случаев заболевания острыми формами ГВ и ГС, обусловленный инфицированием во время проведения различных медицинских манипуляций. Показатели выросли с 12,5 % в 1999 г. до 17,4 % в 2002 г. при ГВ и с 4,8 до 7,8 % при ГС соответственно. При проведении гемотрансфузий показатели выросли с 0,5 % при ГВ и 0,9 % при ГС в 2001 г. до 5,1 и 7,1 % в 2002 г. соответственно… Внутрибольничное инфицирование в Томске в 2002 г. занимает второе место среди установленных путей передачи ВГВ и ВГС… Следует отметить усиление «агрессивности» современной медицины, обусловленной увеличением числа инвазивных лабораторных исследований и лечебно-диагностических манипуляций, выполняемых пациенту в процессе лечения, что существенно увеличивает роль и эпидемиологическое значение артифициального

(искусственного) механизма передачи возбудителей инфекционных болезней в условиях стационара… Следует подчеркнуть недостаточную обеспеченность станций переливания крови современными тест-системами для индикации маркеров инфицирования ВГВ и ВГС, а также отсутствие возможностей внедрения в практику их деятельности ПЦР-диагностики… Многие ЛПУ страны испытывают серьезный недостаток в современных дезинфицирующих средствах и изделиях одноразового применения… Большинство ЛПУ России имеет устаревший парк стерилизационной аппаратуры. В современных условиях оснащенность медицинских учреждений централизованными стерилизационными в целом по РФ составляет 59,7 %, оборудование их соответствует нормативам в 52,8 % … что приводит к серьезным нарушениям выполнения требований противоэпидемического режима»[408]. Ко всему вышесказанному можно еще добавить халатность и бесконтрольность, не говоря уже о явных злоупотреблениях служебным положением, работников служб переливания крови. Всем читателям памятна недавняя история с переливанием крови, инфицированной ВИЧ, роженицам в Воронеже. Как это ни удивительно, но это событие не повлекло за собой отставки ни одного минздравовского чиновника. Лишняя иллюстрация того, насколько охотно берут на себя ответственность медицинские власти.

На упомянутой выше коллегии Минздрава было решено следующее: «…Эпидемиологическая обстановка по вирусным гепатитам требует принятия неотложных мер, и проблема борьбы с ними должна стать приоритетной в деятельности органов и учреждений здравоохранения и государственной санитарно-эпидемиологической службы». Были намечены и соответствующие пути изменения обстановки к лучшему, причем указывалось на первоочередную необходимость разъяснительной работы среди молодежи и борьбы с наркоманией[409].

Помня о снижении заболеваемости гепатитом С в то же самое время, я могу предположить, что прививка никакого отношения к процессу снижения заболеваемости гепатитом В не имела, а сыграли свою роль исключительно санитарно-профилактические мероприятия, в том числе и лучший контроль донорской крови и более тщательная стерилизация инструмента в больницах, хотя до сих пор ситуация с этим еще очень далека от того, чтобы считаться благополучной. Вот,

например, такое сообщение из Вологды: «По сравнению с аналогичным периодом 2004 года отмечается снижение уровня заболеваемости по всем формам гепатитов. В частности, число заболевших острым вирусным гепатитом В снизилось более чем на 40 %, острым вирусным гепатитом С – в 2 раза. Специалисты связывают это снижение с тем, что в Вологде почти 2 года работает городская целевая программа «Профилактика парентеральных гепатитов и ВИЧ-инфекции среди населения Вологды». За 9 месяцев 2005 года на мероприятия программы было израсходовано более 660 тысяч рублей. Большая часть этих средств была направлена на обеспечение безопасности медицинских манипуляций и обеспечение медперсонала спецодеждой, защищающей от инфекции»[410]. Все выглядит совершенно логичным. Вкладываются деньг и в обеспечение стерильности медицинских манипуляций – и вот перед нами снижение на 40 % гепатита В и на 50 % – гепатита С. Но если бы на лечение больных острыми вирусными гепатитами и хронических носителей инфекции, на совершенствование стерилизационного оборудования и закупку одноразового инвентаря, на наведение порядка в больницах были направлены необходимые деньги[411], то кто бы тогда зарабатывал на «научно-доказательных исследованиях», славящих вакцинопрофилактику, на заключении договоров с поставщиками и распространителями вакцин, на включении прививок в национальный календарь? Вот и становится прививок все больше и больше.

Нынешний план прививочного «охвата» по гепатиту В уже включает в себя миллионы граждан. Сообщает российская журналистка: «Министр здравоохранения и социального развития Михаил Зурабов в интервью программе «Вести» в который раз ошарашил россиян новостью: оказывается, самым важным направлением национального проекта «Здоровье» будет вовсе не улучшение медицинского обслуживания в поликлиниках или повышение зарплаты врачам. Самым важным министр назвал вакцинацию 30 миллионов граждан против гепатита В… В России гепатитом В заболевают ежегодно 9 человек на каждые 100 тысяч, причем *за последние годы заболеваемость выросла в 2,5 раза.* Сейчас у нас, по оценочным данным, болеют 7 млн человек, а некоторые вирусологи считают, что значительно больше – просто многие! о своей болезни даже не подозревают. В основном это люди молодые, которым

еще жить да жить, работать, растить детей… Обязательная вакцинация против гепатита B и снижение уровня заболеваемости до 3 человек на 100 тыс. населения не только включены важной составной частью в национальный проект «Здоровье», но и получили финансирование в полном объеме… В 2006 году будут привиты 10 млн. школьников – все те, кто не получил прививку раньше. В 2007 году планируется привить еще 15 млн. – молодых людей от 18 до 35 лет, опять-таки тех, кто до того времени привит не будет. На эти цели будет потрачено 4,2 млрд. руб. в 2006 году и 6,1 млрд. – в 2007-м» (выделено мной. – *А. К.*)[412]. Так растет заболеваемость гепатитом B или падает? Или падает исключительно в официальных сводках, а для выбивания денег на прививочные программы – растет? Если падает, то зачем прививать еще миллионы граждан, тратя на это миллиарды рублей, где логика? А если растет, то какую пользу приносят тогда прививки и зачем еще более увеличивать траты на них, а заодно и число поствакцинальных осложнений? Хотелось бы верить, что автор этой книги – не единственный, кто задается этими вопросами.

Выводы

• Гепатит В, как и гепатит С – болезнь специфических групп риска (наркоманов, использующих общие шприцы, проституток, гомосек суалистов) либо пациентов, получающих в процессе лечения перели вание крови или ее продуктов, в меньшей степени – болезнь нераз борчивых в половых связях взрослых. Относительной группой риска является медперсонал, работающий с кровью.

• Ни новорожденные, ни подростки, ни иные категории населения, не относящиеся к перечисленным группам риска, не имеют серьезной угрозы заболевания гепатитом В.

• Прививка от гепатита В имеет огромное количество известных и описанных в литературе побочных эффектов, включая тяжелейшие болезни нервной системы, что ставит под сомнение необходимость ее использования даже для тех, кто действительно рискует заболеть гепатитом В, не говоря уже о тех, для кого этот риск минимален или отсутствует вообще. Вопрос о том, следует ли делать прививку новорожденным матерей-носительниц вируса гепатита В, должен решаться после тщательных лабораторных анализов (определение титра антител и концентрации вирусной ДНК у беременной) и учета всех прочих факторов, которые могут приводить к инфицированию новорожденного.

На государственном уровне разумная и обоснованная с точки зрения эпидемиологических характеристик обсуждаемых болезней борьба с гепатитами В и С – это обеспечение лечебных учреждений одноразовым инструментарием и необходимыми системами стерилизации, широкая разъяснительная работа с подростками и молодежью, борьба с наркоманией.

Грипп

В последнее время мы ежегодно являемся свидетелями мощной «психической атаки» под названием «Прививка – лучшая защита от гриппа!». Когда просматриваешь осенние медицинские новости, то не можешь отделаться от впечатления, что все остальные проблемы со здоровьем давным-давно решены и беспокоиться решительно не о чем, кроме прививки против гриппа. Отсчет до назначенного кем-то срока эпидемии идет, как до взрыва атомной бомбы или столкновения планеты с гигантским метеоритом. Все сообщения только о том, сколько уже «охвачено» прививками и что нужно сделать, чтобы «доохватить» остальных. В России восхваляют местные власти, не располагающие деньгами, чтобы выплачивать зарплату врачам и учителям и обеспечивать тепло в домах зимой, но щедро бросающие сотни тысяч рублей на прививку от гриппа. И, наоборот, стыдят тех, кто считает, что деньгам можно найти лучшее применение. В школах и детсадах за прививки страстно агитируют родителей. В институтах не дают проходу студентам, пока те не привились. Кажется, вот-вот увидишь известный плакат времен Гражданской войны с видоизмененным призывом: «Ты записался на прививку от гриппа?». В то время как нет ни одной интернетовской дискуссии, в которой получившие прививку не сообщали бы, что сразу после нее они свалились с самым что ни на есть типичным гриппом, железную защиту от которого им обещали, а потом всю зиму не вылезали из простуд, СМИ и научная литература сообщают о взявшихся словно из параллельной, живущей по собственным законам Вселенной фактах фантастического снижения смертности, заболеваемости, выплат по больничным листам и далее в том же духе, и все это – исключительно благодаря чудо-прививке…

Болезнь

Эта всем нам прекрасно известная болезнь вызывается РНК-содержащим вирусом из семейства Orthomyxoviridae, имеющим три серологических типа, условно названных А, В и С. «Эпидемии болезни вызываются типами А и В. Вирус гриппа А подразделяется на субтипы в зависимости от особенностей двух поверхностных антигенов гемагглютинина (Н) и нейраминидазы (N). Заболевания у детей обусловлены разнообразными комбинациями трех подтипов гемагтлютинина… и двух подтипов нейраминидазы»[413].

Наибольшую опасность с эпидемической точки зрения вызывают изменения вируса типа А. Этот вирус поражает не только человека, но и морских млекопитающих и домашних животных (свиней и лошадей, например), а также птиц. Сменив нескольких хозяев, вирус может приобрести крайне опасную вирулентность. Предполагается, что эпидемии «испанского» (1918–1920), «азиатского» (1957), «гонконгского» (1968) и «русского» (1977) гриппа были вызваны именно таким мутировавшим вирусом гриппа А. Сегодня популярна гипотеза, что хозяевами всех известных разновидностей вирусов гриппа являются водоплавающие птицы. Вирусы у них не только быстро не изменяются, но и находятся фактически в состоянии эволюционного застоя. Вспышки эпидемий – и у птиц, и у человека, и у низших млекопитающих – происходят при передаче вирусов от птиц млекопитающим, у которых они иногда претерпевают мутации, дающие начало эпидемиям. Так, свиной грипп 1970-х гг. начался как инфекция свиней, заразившихся гриппом от птиц, а уже потом в эпидемический процесс был вовлечен человек. Возможно, нередко свиньи служат главным передаточным звеном от птиц к человеку, а потому имеет смысл исследовать вирусы свиней (а не птиц, как это принято сейчас), пытаясь предугадать, какого гриппа следует ждать[414].

Несколько слов следует сказать о «великой белой чуме» – эпидемии печально известного «испанского гриппа», или «испанки», унесшей жизни свыше 20 млн. человек. Хотя нам упорно внушают, что эпидемия была вызвана в первую очередь высокой вирулентностью мутировавшего вируса гриппа, и уже якобы доказано, что этот вирус был похож по своей структуре на наводящий сегодня панику (усердно

раздуваемую падкими на сенсации СМИ, подобно тому как несколько лет назад они раздували панику вокруг атипичной пневмонии, о которой сегодня уже мало кто помнит) вирус птичьего гриппа, тот факт, что эпидемия «испанки» вспыхнула на исходе Первой мировой войны, и первыми пострадавшими были военнослужащие, которые затем принесли инфекцию в тыл, заставляет предположить, что здесь все было далеко не так просто[415] (как бы ни были значительны более поздние мутации вируса гриппа, ничего даже близко похожего на эпидемию 1918–1920 гг. более не повторялось). Кроме того, у ряда авторов можно встретить указания, что немалое количество смертей следует приписать не в меру энергичному аллопатическому лечению, состоявшему в прописывании огромных доз аспирина, которые утяжеляли и без того нелегкое состояние заболевших и провоцировали пневмонию. Вероятно, именно по этой причине наибольшая смертность наблюдалась именно там, где пациенты имели возможность обратиться за «квалифицированной медицинской помощью».

Клонившаяся к упадку американская гомеопатия блеснула тогда последний раз, проявив высокую эффективность (которую ранее продемонстрировала в эпидемиях холеры, тифа и желтой лихорадки, что и послужило причиной массового перехода американских врачей из аллопатии в гомеопатию), прежде чем сошла со сцены почти на полвека. В 1921 г. «Журнал Американского института гомеопатии» опубликовал статью д-ра Виллиса А. Девея (1858–1938)[416], в прошлом профессора анатомии и заведующего кафедрой Materia medica Ганемановского медицинского колледжа в Сан-Франциско и заведующего такой же кафедрой в университете Энн Эрбор (Мичиган), в которой сообщались некоторые любопытные факты относительно статистики успешности гомеопатического лечения. Так, декан Ганемановско-го колледжа в Филадельфии д-р В. Пирсон собрал информацию о 26 795 пациентах, лечившихся у гомеопатов. Смертность при гомеопатическом лечении оказалась равной 1,05 %, в то время как аллопаты обычно теряли около 30 %. Статистику 24 тыс. случаев собрал д-р Т. Мак-Кенн из Дейтона (Огайо) – смертность при аллопатическом и гомеопатическом лечении оказалась примерно такой же, как и по статистике д-ра Пирсона. Знаменитый д-р Герберт Робертс (1868–1950) из Дерби (Коннектикут), автор книги, ставшей сегодня непременным пособием во всех гомеопатических колледжах[417], был в годы Первой

мировой войны врачом на военном корабле. Он рассказывал: «Все мои пациенты – а их было 81 – выздоровели и благополучно сошли на берег. Во время плавания к нам подошел другой корабль: на нем кончились гробы, и нас просили поделиться гробами из нашего запаса. Когда мы вернулись в порт, меня спросили, все ли я использовал гробы. «Да, – ответил я, – и при этом не потерял ни одного человека!». Тридцать врачей-гомеопатов из Коннектикута ответили на запрос д-ра Робертса: в совокупности они лечили 6602 пациентов и потеряли лишь 55 из них. Члены Гомеопатического врачебного общества округа Колумбия уведомили, что они лечили 15 тыс. пациентов. Умерли только 15.

Обычными были такие сообщения американских врачей-гомеопатов, упомянутые в статье:

«У меня был пакет с тысячей таблеток аспирина, из которых 994 были лишними. Вряд ли я использовал и половину дюжины из этого количества. Аспирин просто не требовался… Я практически неизменно давал *Gelsemium* и *Bryonia* и не потерял бы ни одного пациента, если бы те приглашали меня до того, как направлялись в аптеку за аспирином, после чего мне нередко приходилось лечить уже пневмонию…» (д-р Дж. П. Хафф, Олив Бранч, Кентукки).

«Я лечила 350 пациентов и потеряла лишь одного, с запущенной пневмонией, который появился у меня после того, как принял сотню гранов[418] аспирина в течение последних суток» (д-р Кора Смит Кинг, Вашингтон, Дакота).

«Применение аспирина и препаратов из каменноугольного дегтя должно быть осуждено, как приведшее к огромному числу ничем не оправданных жертв. Вездесущий аспирин – самое вредоносное лекарство. Оно обманывает своим коротким действием, облегчая боль, но это все мишура. Аспирин ослабляет сердце, угнетает жизненные силы, увеличивает смертность в легких случаях и замедляет выздоровление. Он всегда маскирует симптомы и делает нахождение целительного лекарства несравнимо более сложным» (д-р Гай Бекли Стирна, Нью-Йорк).

«На заводе, где трудились 8 тыс. работников, мы потеряли лишь одного. Пациентов не закармливали лекарствами до смерти, мы не использовали ни аспирина, ни вакцин. Практически единственным лекарством был *Gelsemium»* (д-р Франк Вилэнд, Чикаго).

«Я не потерял ни одного больного гриппом, а смертность от пневмонии у моих пациентов равнялась 2,1 %. Салицилаты, включая аспирин и хинин, были почти что единственным оружием врачей старой школы, и не было ничего необычного в сообщениях, что при пневмониях они теряли до 60 % своих пациентов» (д-р Дадли Вильямс, Провиденс, Род-Айленд).

«Один врач из Питтсбурга спросил медсестру, знает ли она способ лечения лучший, нежели применяемый им, поскольку многие его пациенты умирали. «Да, доктор. Прекратите лечение аспирином, отправляйтесь в гомеопатическую аптеку и купите там гомеопатические лекарства». – «Что, лечить гомеопатией?!». – «Да. Врачи-гомеопаты, у которых я работала, не потеряли ни одного больного» (д-р В. Эдмундсон, Питтсбург).

Д-р Раймонд Зейдель (1908–1980), известный американский гомеопат прошлого века, рассказывал, что окончательно и бесповоротно он решил стать гомеопатом, когда десятилетним мальчиком работал посыльным у врача-гомеопата в Нью-Джерси во время этой эпидемии. Тогда он видел, как «умирали принимавшие аспирин; та же участь ждала половину из тех, кто много пили… те же, кто лечились гомеопатией, – выздоравливали».

Но вернемся к болезни. Источником заражения при гриппе обычно является больной человек, механизм передачи – воздушно-капельный. Инкубационный период может длиться от одного до семи дней (обычно до 48 часов). «Грипп начинается остро, нередко с ознобом. Температура тела в первые сутки достигает максимального уровня, чаще в пределах 38–40 °С. На первый план выступают признаки интоксикации – головная боль с характерной локализацией в лобной области, боль в глазных яблоках, в пояснице, в разных группах мышц. Поражение дыхательных путей характеризуется появлением сухого кашля, першением в горле, саднением за грудиной, заложенностью носа, иногда носовыми кровотечениями… Высокая температура тела сохраняется до двух суток, после чего снижается. Общая продолжительность лихорадочного периода не превышает 4–5 дней»[419].

Опасности для беременных грипп (во всяком случае, при отсутствии не в меру энергичного аллопатического лечения), вероятно, не представляет. Так, в 1993–94 гг. были изучены 1659 беременных в

Ноттингеме, из которых, как выяснилось, 11 % перенесли грипп. Авторы исследования заявили, что грипп во втором и третьем триместре беременности – явление вполне распространенное, и ни к трансплацентарной передаче вируса плоду, ни к образованию аутоантител он не ведет, равно как и к каким-либо осложнениям беременности[420].

Факторами риска для госпитализации в связи с гриппом являются болезни сердца и бронхиальная астма, причем грипп требует меньшего (в США и Германии – в три раза) количества госпитализаций, чем так называемый респираторно-синцитиальный вирус, все попытки создать вакцину против которого провалились[421].

Согласно опубликованной статистике, ежегодно грипп и его осложнения становятся причиной смерти 10–40 тыс. человек в США, из которых 80 % – пожилые люди[422]. Цифры выглядят изрядно завышенными. Как мы знаем из истории, наличие соответствующей вакцины всегда служит для врачей и их покровителей из различных служб по борьбе с инфекционными болезнями отличным стимулом завышать имеющиеся данные. Смерть пожилых людей, страдающих тяжелыми сопутствующими болезнями, всегда можно приписать тому, что выгодно упоминать в интересах рынка: гриппу, геомагнитным бурям, неправильному питанию, бедному чем-либо или, наоборот, содержащему что-либо в избытке. Уместно напомнить, что согласно «Журналу Американской медицинской ассоциации» не что иное, как деятельность американских врачей, является третьей по распространенности причиной смерти после онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, приводя к смерти 250 000 человек в год[423]. На этом фоне грипп выглядит не столь уж и страшным.

Для рядового потребителя медицинских услуг искусственное выделение гриппа из числа иных простудных заболеваний представляет мало интереса, так как с точки зрения течения болезни большой разницы в том, какими именно вирусами (гриппа, парагриппа, аденовирусами, риновирусами и пр.) он заражается и заболевает, нет. Весьма похожие друг на друга симптомы простуды вызываются более чем 200 вирусами, причем 30–40 % от этого числа приходится на риновирусы, от которых прививок не существует. Авторы одного российского «справочника для всех» по инфекционным болезням, не мудрствуя лукаво, так и объединяют все эти различные по возбудителю

и практически неразличимые в своем обычном течении недуги в ОРЗ (острые респираторные заболевания), описывая их как «группу болезней, характеризующуюся непродолжительной лихорадкой, умеренной интоксикацией, преимущественным поражением верхних дыхательных путей»[424]. Наличие большого количества практически неразличимых болезней позволяет зарабатывающим на прививках делать нехитрый трюк, гарантируя привитым, что они не заболеют гриппом. Когда же привитые заболевают «чем-то простудным», то им объясняют, что они были спасены лишь *от гриппа,* причем исключительно от некоего специфического гриппа, прогнозировавшегося на данный сезон, не говоря уже обо всех ОРЗ. Вирус гриппа можно обнаружить иммунофлюоресцентным методом, но на практике, разумеется, этим никто не занимается.

Необходимость говорить в данной книге о гриппе как об отдельной болезни связана лишь с тем, что в последние годы на рынок ежегодно выбрасываются все новые вакцины, которые не мытьем так катаньем всячески пытаются навязать потребителю. Соблазн хорошего заработка (ведь от гриппа надо непременно защищать всех, от грудных младенцев до глубоких стариков, как здоровых, так и больных!) так велик, что противогриппозные прививочные кампании приобретают невиданный доселе размах и интенсивность. Так, в 2003 г. компания «Виет», партнер компании «МедИмьюн», производителя назальной вакцины-спрея «ФлюМист», собиралась вложить 100 млн долларов (!) в трехгодичную рекламную кампанию, призванную убедить врачей, что упомянутая продукция жизненно необходима для пациентов[425]. «МедИмьюн» с «Виет» рассчитывали зарабатывать на вакцине 1 млрд. долларов ежегодно[426] – столько же, сколько «Мерк» на вакцине от гепатита В, включенной в прививочный календарь многих стран. И хотя рекламная кампания «ФлюМиста» 2003 г. провалилась[427], количества желающих обогатиться на «вакцине для всех» меньше не стало: на подходе новые вакцины новых производителей.

Средств лечения гриппа так много, что лишь для самого поверхностного изложения их потребовалась бы увесистая монография; нет, вероятно, такой медицинской школы, которая не предлагала бы своих проверенных средств. Полагаю, что все школы могут между собой согласиться в том, что больной должен оставаться в постели, пить большое количество жидкости – минеральной воды и

натуральных соков, особенно цитрусовых (но не напитков или так называемых нектаров, представляющих собой смесь сахарного сиропа с водой), отказаться от еды как минимум на весь период температуры и принимать витамины – в первую очередь С. О роли витамина С и возможности его применения для лечения инфекционных болезней мы будем в дальнейшем говорить не раз. Пока что ограничусь цитатой: «Касаясь влияния аскорбиновой кислоты на иммунные реакции, важно отметить способность ее стимулировать клеточный иммунитет… Было показано, что гиповитаминоз и авитаминоз С приводят к понижению устойчивости животных к инфекционным заболеваниям, и это подтверждалось значительным угнетением продукции антител, торможением фагоцитоза и одновременно дискоординацией функции надпочечников… снижением интенсивности нуклеинового и белкового обмена… Анализ литературы последних лет убеждает, что дефицит витамина С, как правило, вызывает заметное нарушение функционирования Т-системы лимфоцитов… отмечена четкая связь синтеза антител и концентрации витамина С в лимфоидных образованиях… Выраженная недостаточность витамина С определяется при многих воздушно-капельных инфекциях: гриппе, кори, коклюше, дифтерии… Общепризнанным является обязательное включение в комплексную терапию больных гриппом, корью, коклюшем и дифтерией витамина С…»[428].

Искусственно снижать температуру, если вы не хотите серьезно затянувшейся или осложнившейся болезни, не следует (во всяком случае, если она не достигла 39 °С, хотя даже тогда крайней необходимости нет)[429]. Поскольку почти в каждой главе я стараюсь уделять место гомеопатическому лечению и профилактике, не станет исключением и эта. Многообразие возможных вариантов течения болезни затрудняет однозначные и понятные всем читателям рекомендации[430]; ограничусь лишь самыми общими.

В первую очередь следует обсудить вопрос о гомеопатической профилактике. Специфическая гомеопатическая профилактика гриппа, очевидно, началась с эпидемии «испанки» (до этого грипп не рассматривался ни гомеопатами, ни аллопатами как серьезная болезнь, требующая специфической защиты). Известный швейцарский гомеопат д-р Пьер Шмидт (1894–1987) изготовил нозод *Influenzinum-Hispanica,* три дозы которого с перерывом в восемь часов он рекомендовал

использовать для профилактики болезни[431]. После этого было изготовлено немалое количество гриппозных нозодов, полученных из мокроты больных. Нынешний *Influenzinum* – это «специфический биотерапевтический препарат, динамизированная антигриппозная вакцина, изготовленная специально для использования в гомеопатии Институтом Пастера (Франция) из двух типов вирусов… В связи с частой сменой и модификацией вирусов, характером эпидемиологической обстановки, различные лаборатории готовят многочисленные разновидности Инфлюэнзинов с погодичной нумерацией или обозначением подтипов вирусов»[432]. Не обсуждая сейчас спорный вопрос о сравнительной эффективности гомеопатических нозодов и обычных вакцин, отмечу, что нозоды обладают рядом явных преимуществ по самой своей природе. Во-первых, гомеопатический нозод делается на основе уже реально существующего материала, получаемого от заболевшего в ту эпидемию, для лечения при которой и готовится нозод, а не задолго до вероятной эпидемии на основе лишь прогнозируемых штаммов. Во-вторых, для его производства не требуется сложный и дорогостоящий технологический процесс: практически неограниченное количество лекарства может быть сделано в одной фармацевтической лаборатории в течение нескольких часов. Соответственно, и цена препарата будет намного доступней цены вакцины. В-третьих, отсутствие вирусного материала делает препарат безопасным.

Поскольку *Influenzinum* применяется здесь по принципу тождественности (то есть лечение проводится тем же веществом, что вызвало болезнь, а не тем, которое вызывает подобную клиническую картину), он не является гомеопатическим лекарством, хотя и потенцируется (динамизируется) согласно гомеопатическим правилам. То же самое может быть сказано и о другом очень популярном сегодня препарате *Oscillococcinum* – автолизате из сердца и печени барберийской утки (известного резервуара вирусов гриппа), продаваемом по всему миру французской компанией «Буарон» в разведении 200СК. Гомеопаты, имеющие опыт работы с этим препаратом, благоприятно отзываются о нем и как о профилактическом, и как о лечебном средстве при самых разных формах гриппа. В последние годы масштабы использования этого препарата во всем мире

стали так значительны, что на него обратили внимание даже аллопаты[433].

На рынке фармацевтических препаратов стран СНГ, особенно России, имеется большое количество так называемых комплексных гомеопатических препаратов, представляющих собой смеси низко-потенцированных гомеопатических лекарств из числа тех, что чаще всего используются при гриппе, на различных носителях (обычно ими являются молочный сахар или этиловый спирт). Например, комплекс «ЭДАС-903» (производитель – концерн «ЭДАС», Россия) включает в себя *Gelsemium sempervirens* С6, *Phosphorus* С6, *Aconitum napellus* С6, *Bryonia alba* С3, *Drosera rotundifolia* С3, *Rhus toxicoden-dron* С3; «Гомеоантигриппин» («Гомеофарма», Россия) – *Aconitum napellus* 3CH, *Bryonia alba* 3CH, *Atropa belladonna* 3CH, *Baptisia tinc-toria* 3CH, *Gelsemium sempervirens* 3CH, *Allium cepa* 3CH, *Eupatorium perfoliatum* 3CH, *Ferrum phosphoricum* 3CH, *Echinacea angustifolia* 3CH, *Mercurius solubilis* 6CH. Похожие составы у «Антигриппина» (ООО «Доктор-Н», Россия), «Грипп-Хель» («Биологише Хайльмиттель Хель ГмбХ», Германия) и другие[434].

В строгом смысле слова, эти препараты также не являются гомеопатическими, так как не соответствуют основополагающим гомеопатическим принципам *одновременного назначения лишь одного лекарственного средства* и необходимости предварительного *прувинга* (испытания лекарственного средства на здоровых взрослых добровольцах). Для приготовления «комплексных лекарств» каждый производитель берет первые пришедшие ему на ум вещества в произвольных разведениях и объединяет их в одно лекарственное средство. Вряд ли стоит ожидать от них большого эффекта, как для профилактики, так и для лечения гриппа, ибо гомеопатические лекарства проявляют всю свою силу лишь тогда, когда применяются по принципу истинного подобия. Поэтому желающим использовать гомеопатию в своей домашней практике следует разобраться с показаниями к назначению наиболее широко применяемых лекарственных средств.

Кроме неизменных *Aconitum* и *Belladonna* из иных распространенных при гриппе лекарств можно выделить *Gelsemium, Bryonia, Allium cepa* и *Eupatorium perfoliatum.* В случае *Gelsemium* болезнь развивается очень медленно; ребенок чувствует себя

обессиленным и постоянно дремлет; веки тяжелые, словно налиты свинцом; трудно пошевелить рукой или ногой из-за слабости (а не из-за боли, как в случае *Bryonia).* Жажда отсутствует. Д-р Дороти Шеперд (ок.1885–1952) указывает, что это лекарство, равно как и *Eupatorium perfoliatum,* часто требуется тогда, когда болезнь возникает летом или теплой, мягкой зимой[435]. Впрочем, кроме этого и еще зябкости, больше эти два лекарства ничто не роднит: для *Eupatorium* характерны сильнейшие боли в костях и крайнее беспокойство, а также сильная жажда с желанием холодной воды, от которой может начаться рвота. *Bryonia,* в отличие от этих двух, ищет прохлады, испытывает ухудшение от малейшего движения, а боли уменьшаются при давлении на больное место. Жажда отсутствует. *Allium cepa* показана при обильных жидких выделениях из носа и глаз.

Аллопатическое лечение гриппа представлено главным образом лекарствами из группы амантадинов, среди которых читателям наиболее известен ремантадин. О какой-либо их эффективности можно говорить только при гриппе, вызванном вирусом типа А. Препарат обладает выраженной токсичностью, особенно ощущаемой у пожилых пациентов, и, кроме того, к нему быстро развивается лекарственная устойчивость. Реже используются блокаторы нейраминидазы – в таблетках (оселтамвир) или для ингаляции (занамивир). Они действуют как против вирусов типа А, так и против типа В, обладают меньшей, в сравнении с амантадинами, токсичностью, и лекарственной устойчивости к ним обычно не возникает[436].

Конечно же, говоря о лекарствах, необходимо помнить о бесчисленном количестве проверенных временем, неподвластных моде и не зависящих от интересов фармацевтических компаний «бабушкиных средств», чья эффективность отнюдь не уступает лекарственной, не говоря уже об отсутствии побочных эффектов, которые могут оказаться куда опаснее болезни. При недавнем исследовании эффекта пищевой добавки с аллицином (веществом, содержащимся в чесноке, которое отвечает за его антивирусную активность) были получены отличные результаты. Заболевших всеми видами простуд среди принимавших добавку оказалось в три раза меньше, чем среди получавших плацебо, а выздоравливали принимавшие добавку в пять раз быстрее. Авторы также отметили, что показана выраженная антивирусная активность аллицина не только

против традиционных «простудных» вирусов (включая вирус гриппа В), но и против цитомегаловируса, вируса герпеса типов I и II и др. В заключение было сказано: «Исследованная добавка, содержащая аллицин, может быть настоящим лечением для обычных простуд. Результаты указывают на то, что инфицирование и реинфицирование могут быть эффективно предотвращены ее ежедневным использованием, причем потенциал экономии для национальной индустрии за счет снижения заболеваемости может быть огромным. Препарат продемонстрировал выраженную противовирусную активность. Необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить природу и принцип его действия, направленного на разрушение вирусов»[437]. После такого заявления, казалось бы, нет ничего логичнее, чем начать немедленное исследование такого простого, дешевого и всем доступного средства, как чеснок, чтобы реализовать наконец тот самый огромный потенциал экономии для национальной индустрии, но… Вместо этого силы и средства бросаются на содержание разносортных контор от науки, «институтов гриппа» и иных «институтов здоровья», проедающих без всякой пользы для общества бюджетные миллионы. Они-то и разрабатывают все новые небезопасные и неэффективные вакцины, которые немедленно лицензируются и становятся «рекомендуемыми к использованию». Смешна даже мысль о том, что широкой публике будут официально предложены общедоступные, действенные и практически лишенные побочных эффектов средства, чье широкое использование наглядно продемонстрирует истинную цену трудов нынешних разработчиков профилактики и лечения гриппа.

Вакцина

«Гриппозные вакцины индуцируют гуморальный иммунитет и очень слабо – клеточный. Иммунитет кратковременный, поэтому требуется ежегодная вакцинация. Основной причиной недостаточной эффективности противогриппозных вакцин является высокая изменчивость циркулирующего вируса гриппа, появление нового (или возврат старого) подтипа вируса. В связи с этим очень редко достигается соответствие вакцинного штамма эпидемическому»[438].

Собственно, с этого начав, разговор о вакцине можно было бы этим и закончить, потому что все необходимое уже сказано. Если соответствие вакцинного штамма эпидемическому и в самом деле достигается «очень редко», то какой смысл во введении в организм токсических веществ и гарантии «прививочной» болезни (легкой, средней тяжести или тяжелой – тут уж кому как повезет)? Но даже если бы вожделенное соответствие достигалось не редко, а часто, то и в этом случае трудно поверить в то, что стоит подвергать себя разным связанным с прививками опасностям, чтобы избежать болезни, которая 99 % заболевших держит в постели неделю.

«Для профилактики гриппа используются как инактивированные, так и живые вакцины. Инактивированные вакцины в зависимости от характера иммунизирующего антигена делятся на: 1. цельновирионные; 2. субъединичные, содержащие только поверхностные антигены гемагглютинин и нейраминидазу; 3. фрагментированные из разрушенного вируса – сплит-вакцины»[439].

Поскольку беспрерывно лицензируются и выбрасываются на рынок все новые вакцины против гриппа, точное их число на рынке той или другой страны назвать трудно. В России в 2001 г. было зарегистрировано десять вакцин, из них пять российских и пять зарубежных[440]. Правда, из этого числа в том году применялось только пять инактивированных сплит- и субъединичных вакцин («Ваксигрипп», «Флюарикс», «Бегривак», «Гриппол» и «Инфлювак»). Почему всего половина? «Цельновирионные инактивированные и живые вакцины практически не используются из-за высокой реактогенности»[441].

Калейдоскоп вакцин от гриппа не дает возможности в деталях анализировать их состав. Все нынешние инактивированные вакцины содержат остаточные количества тимеросала (например, для вакцины «Флюзон» около 0,5 ug/0,25 mL стандартной дозы или 0,01 % для «Ваксигриппа»), в котором содержится 49,6 % ртути. Эти вакцины, кстати, бестрепетно *рекомендуются* беременным, в отсутствие каких-либо свидетельств в пользу безопасности такой процедуры и при наличии сведений об эмбриотоксичности ртути! В составе вакцин от гриппа может обнаруживаться и формальдегид, которым инактивируются вирусы. Из антибиотиков, традиционно добавляемых для подавления роста бактериальной флоры – гентамицин или канамицин. Все вакцины содержат взятые в разных пропорциях цельные штаммы или отдельные антигены – комбинация зависит от того, какой прогноз дала ВОЗ на этот год. Угадывать же в вакциногриппозной лотерее удается, как следует из приведенной выше цитаты, «очень редко».

Вирусы выращиваются на куриных эмбрионах, а потому их введение не рекомендовано тем, у кого есть аллергия на яичный белок. Учитывая традиционную способность вакцин к сенсибилизации организма, можно предположить, что массовое применение этих вакцин значительно увеличивает число имеющих такую аллергию.

Ответ на вопрос, кого же следует прививать от гриппа, по внимательному ознакомлению с рекомендациями американских медицинских властей, достаточно прост: да всех поголовно, как о том и мечталось всегда производителям вакцин. Малышей (с шести месяцев жизни) и пожилых (с 64 лет) – потому что они имеют риск осложнений по возрасту. Тех, кто курит – безусловно. У них крайне высок риск осложнений. Родителей – чтобы не заразили детей[442]. Детей – чтобы не заразили родителей и вообще росли здоровыми. Врачей, медсестер, социальных работников и всех, так или иначе работающих с людьми – чтобы не заразились сами и не заразили других. Беременных, начиная со второго триместра – чтобы не надо было от гриппа лечиться и тем самым вредить плоду[443]. Путешественников – чтобы не подхватили и не разнесли по всему миру инфекцию. Остающихся – чтобы могли работать спокойно на своем месте. И, разумеется, в первую очередь совершенно необходимо прививать разнообразных больных, потому что уж они-то в первую очередь рискуют тяжелыми осложнениями гриппа. По приведенным в аннотации к вакцине «Флюзон» подсчетам

Совещательного комитета по иммунизационной практике, в США таких больных имеется: в группе старше 65 лет – 35 млн человек, от 50 до 64 лет – 10–14 млн человек, от 18 до 49 лет – 15–18 млн, от 6 мес. до 17 лет – 8 млн.[444] Таким образом, настоятельно рекомендуется (и врачи, следовательно, будут добиваться прививания всеми правдами и неправдами, хотя бы для того, чтобы обезопасить себя от возможных обвинений на тот случай, если кто-то пострадает от гриппа) привить от 68 до 75 млн человек, около *четверти* населения США, которые официально признаны больными и нуждающимися в защите от возможных осложнений гриппа. Неплохой показатель здоровья для самой привитой нации в мире!

На этом фоне установки российских вакцинаторов намного безыскусней: «…Обязательную вакцинацию против гриппа следует проводить в домах ребенка, школах-интернатах, дошкольных учреждениях. Вакцинацию против гриппа в других группах детей проводят по желанию родителей»[445]. То, что беззащитных детей в детдомах будут прививать, никого не спрашивая, не должно удивлять читателей. Для того они и существуют, детдомовцы, чтобы служить человеческим материалом для разных исследователей, прививочных в первую очередь. Но то же самое, оказывается, следует делать и в «дошкольных учреждениях», словно и там исключительно сироты безгласные. И это несмотря на то, что в федеральном законе «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» однозначно сказано, что «профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации»[446].

Безопасность

Осложнения от вакцины против гриппа известны, многочисленны и не щадят даже медицинских работников, если те имеют неосторожность согласиться на прививку. В одном проведенном в Канаде исследовании было показано, что у 89 % привитых развились местные реакции (воспаление, покраснение, отек), а у 49 % – системные (лихорадка, утомляемость, головная боль, насморк, воспаление шейных лимфоузлов, миалгии, боли в желудке, рвота, бессонница)[447]. Вероятно, этот опыт навсегда отбил у канадских медиков желание самим служить объектом для экспериментов с вакцинами. Безопаснее и, добавлю, много доходнее призывать прививаться пациентов.

Лучшей иллюстрацией того, насколько могут быть опасны даже такие «безобидные» вакцины, как вакцина против гриппа, служит печальная история вакцины против т. н. свиного гриппа, о которой я хотел бы вкратце рассказать в этой главе. Когда в феврале 1976 г. двенадцать призывников заболели гриппом в военном лагере в Форт Дикс (Нью-Джерси)[448] и один из них скончался, то доктора, якобы изучив антигенную структуру вируса, заявили, что произошла значительная мутация и следует ожидать ужасной эпидемии в национальном масштабе, подобной эпидемии 1918–1920 гг. Все находившиеся в лагере были срочно привиты вакциной «Порт Чалмерс», о которой с уважением говорили, что она защищает от *всех* штаммов гриппа. Вскоре после этого 500 «защищенных» заболели гриппом. Центр контроля заболеваний немедленно создал экспертную комиссию во главе со своими любимыми парадными конями, «спасителями мира от полиомиелита» Солком и Сэбином, решившими поучаствовать в еще одной прибыльной кампании[449]. Очень скоро, впрочем, выяснилось, что никаких оснований для паники не было: на куриных эмбрионах экспериментальные вирусы росли крайне медленно и никакой явной эпидемической опасности не представляли. Кроме того, в спешке и суете срочного создания вакцины ее производитель компания «Парк-Дэвис» забыла ввести в состав вакцины необходимый антиген, что, естественно, привело к полной неэффективности вакцины даже в эксперименте. Из-за этого создание

«эффективной вакцины» затянулось еще на шесть недель. Долго ли, коротко ли, но к середине лета 1976 г. стало ясно, что никакой эпидемии нет и не предвидится, и приунывший Сэбин предложил полностью свернуть программу. Однако в тот момент произошла первая вспышка так называемой болезни легионеров в Филадельфии, и она стала отличным поводом для продолжения начатого дела. Хотя никаких свидетельств в пользу того, что причиной болезни стал вирус гриппа, не было (позднее выяснилось, что болезнь вызывается не известным до того микроорганизмом, который назвали легионелла), Центр контроля заболеваний обратился к президенту Джеральду Форду с тем, чтобы были выделены дополнительные деньги на экстренную разработку новой вакцины… против заветного свиного гриппа! Загипнотизированный именами авторитетных «спасителей» конгресс предоставил внушающую уважение сумму в 135 млн долларов на разработку вакцины и массовое прививание населения. Никаких серьезных проверок ни на безопасность, ни на эффективность вакцины, в свете необходимости всех срочно спасать, конечно же не проводилось – не до того было. Заявление Центра контроля заболеваний в лице д-ра Уолтера Дудля о том, что вакцина «так же безопасна, как чистая вода», и подписанный сертификат о безопасности продукта были наглым обманом.

До конца ноября 1976 г. было произведено около 150 млн. доз и сделано 40 млн прививок, в основном пожилым людям. Результатом прививок стала настоящая эпидемия… из сотен случаев синдрома Гийена-Барре, тяжелой и потенциально смертельной болезни, часто требующей подключения пациента к аппарату искусственной вентиляции легких, и иных неврологических осложнений, причем в 113 только документированных случаях прививка привела к смерти[450]. Страховые компании, далекие от научных тонкостей, раньше других поняли, чем могут обернуться для них спасительные прививки, и наотрез отказались страховать деятельность производителей вакцин. Как всегда в таких случаях, на выручку пришло доброе и щедрое правительство, взявшее на себя гарантийные обязательства. Доброта в итоге обошлась ему, по разным оценкам, в сумму от 400 млн. до 3 млрд. долларов, выплаченных только в качестве компенсации по 4 тысячам исков за причиненный здоровью ущерб, не говоря уже о расходах, связанных с производством и распространением вакцины. На фоне

свыше тысячи поступивших сообщений о синдроме Гийена-Барре, а также о внезапной смерти трех человек в Питтсбурге после прививки против гриппа[451], 16 декабря 1976 г. Службой общественного здравоохранения вся гриппопрививочная активность была полностью свернута «для оценки опасностей, связанных с использованием вакцины». Скандал разразился неимоверный. Чтобы убедить американцев в безопасности вакцины (и спасти собственное реноме), сам президент Форд закатал рукав и мужественно получил прививку перед телекамерами[452]. Уже 9 февраля 1977 г. вакцина с заслуживающим лучшего применения упорством была вновь рекомендована «для находящихся в группах риска по фатальным последствиям этой инфекции».

Однако кампания того года была уже безнадежно скомпрометирована. Как обычно некстати для вакцинаторов (см. главу о коклюше) объявился и неутомимый д-р Дж. Энтони Моррис. Моррис уже успел завоевать у них крайне дурную славу в 1971 г., когда, возглавляя лабораторию по исследованию гриппозных вакцин, он обвинил родное Отделение биостандартов (DBS) при американском Национальном институте здоровья (NIH), отвечающее за стандартизацию и тестирование вакцин, в многочисленных нарушениях законов, устанавливающих его деятельность. К нему присоединилась д-р Бернайс Эдди, чье имя нам еще встретится в главе о полиомиелите. Д-р Моррис был поддержан известным адвокатом Джеймсом Тернером и сенатором Абрахамом Рибикоффом из Коннектикута, по запросу которого сначала была создана комиссия, а весной 1972 г. прошли сенатские слушания, на которых Отделение биостандартов изрядно трясли, а жадная до разоблачений пресса смаковала обнаружившиеся факты фальсификации данных исследований и преступной круговой поруки. Помимо всего прочего, проверка Генеральной инспекции конгресса (GAO) вскрыла, что в вопиющее нарушение всех правил были одобрены серии гриппозных вакцин, которые *вообще* не прошли обязательные тесты Отделения: сотрудникам было приказано принять без проверки данные, которые предоставил производитель (в действительности эффективность вакцины оказалась *менее 1 %* от декларированной). Кроме того, Моррис обнаружил, что живая вакцина против гриппа, уже испытанная на сотнях взрослых и детей и даже получившая поддержку конгресса, будучи введенной мышам (что не

было сделано при проверке), стимулировала рост раковых опухолей[453].

Эти слушания надолго запомнились прививочным дельцам, и открытой разнузданной коррупции на какое-то время стало меньше.

Змея же пьявистого Морриса по инициативе Рибикоффа перевели в Управление контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA), где он продолжил свою вредительскую антипрививочную деятельность. В 1976 г., о котором идет речь, он разослал разнообразным начальникам докладную записку, в которой делился данными работы своей лаборатории по изучению вакцины против свиного гриппа. Он заявил, что нет никаких доказательств возможности передачи вируса свиного гриппа от человека к человеку; что эффективность вакцины невозможно измерить по определению; что она просто опасна, так как способна вызывать сенсибилизацию и различные неврологические расстройства – от постоянной головной боли до паралича и даже смерти. Видя отсутствие какой-либо реакции начальства[454] и продолжавшуюся при этом с большим размахом прививочную кампанию, он решился поделиться своими сомнениями насчет вакцины с многомиллионной аудиторией в телепередаче знаменитого Фила Донахью, известного гражданам бывшего СССР по первым телемостам, на которых тот представлял США (Владимир Познер – СССР). После телепередачи Моррис был немедленно уволен «за отказ соблюдать субординацию». Примечательно, что уволивший его директор, Александр М. Шмидт, в середине 1980-х гг. оставил Управление и перешел на работу в фармацевтическую компанию «Ледерле Лэборэториз»[455]. Прививочные ларчики всегда открываются очень просто.

У людей, впрочем, короткая память, и прививки продолжились, как ни в чем не бывало, в следующем сезоне. С 1978 по 1981 г. в США было зарегистрировано еще 575 случаев синдрома Гийена-Барре, 67 % из которых пришлись на привитых ранее, в 1977 г., и затем получивших вторую прививку от гриппа. Это могло означать лишь одно – вакцины сенсибилизировали (повышали чувствительность), каждая следующая доза повышала опасность развития осложнения. Кстати, и эпидемия гриппа 1979–1980 гг., когда прививки делались особенно усердно, не обратила на вакцинации никакого внимания. Вполне вероятно, что прививки лишь способствовали развитию эпидемии, ослабив

иммунную систему ее будущих жертв[456]. Обо всех этих фактах не грех бы помнить не только рядовым гражданам, но в первую очередь тем, кто грозится тотальными прививками населению в свете то атипичной пневмонии, то западнонильской лихорадки, то птичьего гриппа…

С 1976 г. сообщения о случаях синдрома Гийена-Барре неотвязно, как тень, преследуют гриппопрививочные кампании. Недавно коллектив американских исследователей изучил базу данных Системы сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) на предмет анализа связи синдрома Гийена-Барре с прививками против гриппа. В VAERS были зарегистрированы 382 случая синдрома Гийена-Барре, развившегося после прививок против гриппа в период с 1991 по 1999 г. (напомню, что по имеющимся оценкам в VAERS регистрируется от 1 до 10 % случаев осложнений после прививок, так что истинное число случаев синдрома Гийена-Барре должно быть намного выше). Авторы заявили, что риск синдрома Гийена-Барре после прививки от гриппа у взрослых значительно превышает таковой после прививки от столбняка и дифтерии (эта группа ими была взята в качестве контрольной). Они обнаружили высокую концентрацию эндотоксина вируса гриппа в гриппозных вакцинах: она превышала в 125–1250 (!) раз концентрацию соответствующего эндотоксина в вакцине от столбняка и дифтерии. Что же касается биологического механизма развития синдрома Гийена-Барре, то исследователи предположили, что к нему приводит сочетание высокой концентрации эндотоксина и аутоиммунных реакций, вызванных введением вакцины[457].

Кроме синдрома Гийена-Барре и энцефалитов, также описанных в качестве осложнения прививки против гриппа[458], в научной литературе можно найти указания и на возможность развития рассеянного склероза[459]. Согласно исследованию д-ра Хью Фаденберга, в течение 20 лет работавшего в ВОЗовском комитете экспертов по иммунологии, у тех, кто в 1970–1980-х гг. получил кряду пять прививок против гриппа, шанс развития болезни Альцгеймера в 10 раз выше, чем у тех, кто получил одну или две прививки или не получил ни одной[460]. На этом фоне такие осложнения от прививки против гриппа, как невралгия тройничного нерва или межреберная невралгия, нистагм или диплопия, нарушения слуха или параличи мышц глаза[461], выглядят совсем невинно.

Эффективность

Вопрос об эффективности вакцин против гриппа тесно связан с особенностями вируса гриппа. Поскольку клеточный иммунитет, по процитированному выше мягкому выражению, индуцируется ими «очень слабо» (что в переводе с научного на нормальный человеческий язык означает, что не индуцируется вообще), то, выходит, остается уповать только на гуморальный, то есть на антитела. Вирусу гриппа присуща фантастическая изменчивость. А «любая изменчивость вируса в рамках антигенного шифта (возникновение новых вариантов одного и того же подтипа вируса) приводит к его «ускользанию» от антител, индуцированных вакцинным штаммом при использовании живой вакцины, и строго определенного набора антигенов в инактивированных вакцинах»[462]. Поэтому сама идея вакцинопрофилактики гриппа представляется в высшей степени сомнительной. Высокая сероконверсия (образование специфических антител) может не иметь ничего общего с уровнем реальной защиты от гриппа этого года, что, вероятно, и происходит в действительности. Очень хорошо это было подтверждено примером вспышки тяжелого гриппа (10 %-ная смертность) в одном из голландских домов престарелых. Были привиты две трети обитателей. Заболеваемость среди привитых составила 50 %, среди непривитых – 48 %. Когда стали изучать причины провала вакцины, то, помимо прочего, выяснилось, что у 41 % привитых и у 36 % непривитых были антитела к вирусу типа А, против которого и делалась прививка. Никакой защиты не было[463]. Вообще же гриппозные вакцины не способны вызывать образование антител в достаточном титре у многих пожилых людей, которые больше всего рискуют осложнениями гриппа. По некоторым оценкам, максимальная их эффективность у пожилых – 52–67 %[464]. Вполне бесполезными оказываются при ближайшем рассмотрении прививки и детям, что хорошо видно на примере Японии, где массовые прививки против гриппа стартовали уже в 1960 г.

(было привито 3 млн. школьников). В 1976 г. прививка от гриппа была объявлена обязательной, и 17 млн. школьников всех возрастов два раза в год ее исправно получали. Кончилось все полным провалом. Заболеваемость гриппом не только не снизилась, но и возросла в 12 раз

(с 5 до 60 заболевших на 100 тыс.). Начиная с 1989 г. количество прививаемых школьников начало резко сокращаться и в итоге снизилось в три раза (с 60 % до 20 %), но заболеваемость гриппом при этом не возросла. Помимо неэффективности прививок, они оказались далеко не безобидными. В течение 1972–79 гг. было подано 142 иска с требованиями компенсации нанесенного прививками ущерба. Из самых тяжелых последствий прививки: 50 детей скончались, 35 получили тяжелую эпилепсию, а 65 стали отставать в умственном развитии[465].

Здесь надо упомянуть и весьма примечательный метаанализ данных научной литературы, проведенный коллективом авторов во главе с итальянским эпидемиологом д-ром Витторио Демичелли. Во-первых, они установили, что, с точки зрения «выгоды, перевешивающей риск», можно всерьез рассматривать лишь инактивированные гриппозные вакцины – применение живых вакцин связано как с их крайней неэффективностью, так и с совершенно неприемлемым риском тяжелых побочных реакций. Во-вторых, они обнаружили, что хотя вакцина и может вызывать образование антител у 70–90 % привитых, максимум, на что она способна, – предупреждать грипп лишь в 24 % клинических случаев. При этом следовало помнить, что в среднем от местных реакций страдают 69 % привитых, от системных – 26 %. В-третьих, по оценке этого авторского коллектива, антивирусные препараты, хотя и предотвращали грипп в 61–72 % случаев, при уже имевшемся заболевании сокращали срок болезни лишь на один день. Кроме того, их применение также вызывало серьезные побочные реакции – угнетение или возбуждение ЦНС и расстройство функций пищеварительной системы. Суммируя все это, авторы написали: «Если оценивать вакцины исключительно с точки зрения их эффективности, то они, безусловно, являются самой предпочтительной мерой профилактики гриппа у здоровых взрослых. Но если принимать во внимание их безопасность и качество жизни привитых, то парентеральные вакцины имеют такую низкую эффективность и такую высокую частоту обычных побочных реакций, что их применение становится нежелательным. Это верно даже тогда, когда грипп встречается часто, а побочных эффектов лекарственных средств мало. К такому же выводу мы пришли относительно антивирусных… препаратов даже при высокой заболеваемости

гриппом. *На основании этого мы заключаем, что экономически самой выгодной мерой является ничего не предпринимать»*[466].

Я не случайно начал сейчас разговор об экономическом аспекте прививки против гриппа, потому что именно на него в последнее время вакцинаторы особо напирают. Трудно убедить обычного человека, несколько раз в год болеющего ОРЗ, что прививка против гриппа – это то, что спасет его здоровье и предотвратит ужасные последствия болезни. Тем более это трудно, когда прививаемый должен платить за эту прививку из своего кармана. В этом случае заинтересованные в реализации вакцин лица стараются всеми доступными средствами убедить начальство, что массовое прививание позволит ощутимо сэкономить на оплате больничных листов и позволит успешно решить традиционную зимнюю проблему, связанную с отсутствием на рабочем месте заболевших. Однако и здесь счет не получается в пользу прививок. Американский коллектив исследователей установил, что при условно взятой (и, вероятно, завышенной) 70 %-ной эффективности вакцины в предотвращении гриппа у лиц моложе 65 лет и 30–40 %-ной для тех, кто старше 65 лет, при традиционном несовпадении штамма вакцины и эпидемического штамма (помните – «очень редко достигается соответствие вакцинного штамма эпидемическому»?) стоимость (то есть все возможные расходы) привитого индивида превышает на 65,59 доллара стоимость непривитого. Но даже в те крайне редкие благословенные для прививок годы, когда неожиданно удается выиграть в лотерею «эпидемический штамм = вакцинный штамм», «привитость» обходится на 11,17 доллара дороже на душу населения, чем «непривитость»![467]

Особый интерес вызывает такое вакцинаторское изобретение, как выделение вируса гриппа тогда, когда требуется подтверждение эффективности прививки. Например, привитый вакциной от гриппа заболевает не гриппом, а ОРЗ (ОРВИ). Во время визита к врачу у него берут смыв со слизистой носа – вирус гриппа не обнаруживается… и это считается доказательством того, что он защищен от гриппа, прививка оказалась эффективной! То, что вскоре после прививки он получил, на фоне подавления иммунитета, иную респираторную вирусную инфекцию, хоть и не гриппозную, в счет не берется. Никто ведь и не говорил, что прививка защитит от всех ОРЗ, речь шла *только о гриппе!* Но что выиграл сам привитый от такого обмена? Он все равно

заболел, только не болезнью X, а болезнью У или болезнью Z, при этом получив еще токсические вещества с вакциной.

В последнее время поступают сообщения о попытках «привязать» вакцину против гриппа к уже существующим поликомпонентным детским вакцинам – чтобы не упустить возможность заработка. Нет сомнений, что скоро мы увидим сообщения о «научных исследованиях», финансированных какой-либо фармацевтической компанией, согласно которым добавление вакцины против гриппа не только не снижает эффективность некоей комбинированной вакцины, но и значительно увеличивает ее.

И в заключение разговора об эффективности прививок от гриппа я приведу цитату из сравнительно недавней статьи российских авторов. Вот что они пишут: «Борьба с гриппом у нас в стране ведется уже более 30 лет. Ежегодная массовая вакцинация населения, проводимая в 1970–1980 гг., по мнению наших ученых и специалистов, занимающихся этой проблемой, не только не привела к снижению заболеваемости гриппом и ОРВИ, но и не замедлила темпов роста этих инфекций. Так, в Москве в период наиболее активного проведения вакцинации против гриппа (1980–1986 гг.) отмечался значительный рост заболеваемости в группе гриппоподобных инфекций, а отмена вакцинации сопровождалась резким снижением заболеваемости ОРВИ. Трудности вакцинопрофилактики гриппа связаны прежде всего с высокой степенью изменчивости генома вирусов гриппа А, а также порой несовпадением вакцинного штамма и циркулирующего вируса, что делает вакцинацию неэффективной»[468].

Итак, прививки от гриппа не только «не замедляют темпов», но и сами являются причиной роста заболеваемости ОРВИ. Ну и каков же вывод? «Несмотря на это, вакцинация, безусловно, продолжает оставаться самым надежным средством защиты, а прививки необходимо делать ежегодно»[469]. Невольно возникает вопрос: да все ли в порядке с головой у тех, кто это писал? Или кампании «Защитись от гриппа прививкой!» и в самом деле рассчитаны на умственно неполноценных?

Выводы

• Грипп – одно из многочисленных заболеваний, входящих в группу ОРВИ, причем не самое распространенное (до 40 % ОРВИ вызывается риновирусами).

• Неэффективность вакцины, связанная в первую очередь с необходи мостью угадать разновидность вирусов, которая будет преобладать в очередном сезоне, прекрасно документирована в научной литера туре.

• Прививка от гриппа связана с немалым количеством осложнений со стороны нервной системы. Кроме того, ослабляя иммунитет, она де лает прививаемого более восприимчивым к другим инфекциям.

• Мощные рекламные кампании, организуемые производителями и распространителями вакцин, направлены исключительно на про движение последних на рынке и не имеют ничего общего с заботой о реальном благе населения.

• Существует немало эффективных методов профилактики и лечения гриппа, натуропатических и гомеопатических, которые игнориру ются системой здравоохранения в пользу прививок.

Дифтерия

Дифтерия[470], так же как полиомиелит и столбняк, принадлежит к числу заболеваний, наиболее страшащих родителей. Даже тех, кто готов мужественно «поступиться» краснухой, свинкой или корью и отказаться от соответствующих прививок, одна мысль о том, что ребенок останется «незащищенным» от дифтерии, приводит в ужас. Неужели неправда, спрашивают родители, что «эпидемия дифтерии в России еще раз показала, что вакцинопрофилактике нет альтернативы и что только путем поголовной иммунизации можно добиться реального успеха в борьбе с этой тяжелой инфекцией»?[471] Мне хотелось бы надеяться, что прежде, чем родители начнут метаться в поисках «хороших» вакцин и «правильных» прививательных центров, где ребенка смогут надежно защитить от дифтерии прививками, они все же прочитают эту главу и подумают над своим выбором. В отличие от других глав, где мне приходилось опираться главным образом на материалы, относящиеся к другим странам, недавняя эпидемия дифтерии в республиках бывшего Советского Союза предоставляет удобную возможность обсудить эту тему на близком большинству из читателей примере.

Болезнь

Вероятно, дифтерия известна человечеству уже достаточно долго, хотя описываемые древними авторами болезни соответствуют скорее некоему усредненному понятию крупа, под которое могут также подпадать коклюш и тяжелая ангина, нежели описанию дифтерии. Считается, что европейцами дифтерия была впервые точно описана в Испании в XVI в. под названием «el garrotillo», то есть «удушающая болезнь». На Востоке ее описания относятся к более раннему периоду[472].

Как при столбняке и при коклюше, болезнь вызывается не самим микроорганизмом, а его токсином (микроорганизм в данном случае – это дифтерийные коринебактерии, Corinebacterium diphtheriae, или палочки Лефлера, живущие вокруг нас и в нас самих; описано 153 штамма, относящихся к различным биотипам C. diphtheriae). Источником инфекции могут быть как сами больные, так и носители токсигенных, то есть способных производить токсин, штаммов коринебактерии[473]. «Само по себе дифтерийное бактерионосительство в здоровом организме ведет к выработке антител… Этот инфекционный процесс протекает циклически и заканчивается, по-видимому, после образования в организме бактерионосителя антибактериального иммунитета»[474].

«Путь передачи инфекции – преимущественно воздушно-капельный, однако возможна передача инфекции через посуду, предметы ухода, игрушки, бывшие в употреблении больного. Для заражения воздушно-капельным путем необходим достаточно тесный контакт с больным, так как палочка дифтерии распространяется не более чем на 2 м от больного. Восприимчивость к дифтерии невысокая и составляет 25–30 %»[475]. Инкубационный период равняется примерно 3–10 дням. Чаще всего дифтерия поражает рот, глотку[476], гортань и нос. Очень редко встречается дифтерия кожи, глаз, половых органов или ран. Хотя в эксперименте удавалось заражать дифтерией теплокровных животных, единственным резервуаром болезни остается человек. Характерной особенностью дифтерии является образование так называемых дифтерийных пленок, состоящих из белка фибрина.

При том, что начиная с периода после Второй мировой войны преобладают в основном мягкие, протекающие доброкачественно формы дифтерии, токсические формы все же встречаются, и именно такие формы дифтерии рта и глотки дают смертность и инвалидизацию. Обычно болезнь начинается с болей в горле при глотании и подъема температуры (примечательно, что температура при дифтерии, в отличие от других инфекционных заболеваний, почти всегда остается сравнительно низкой, не превышая 38 °C). «При тяжелых токсических формах болезни, приводящих к смертельному исходу, состояние больного в первые же часы резко ухудшается: ребенок бледен, апатичен, может даже потерять сознание. На шее появляется отек, опускающийся вниз на грудь, а иногда также поднимающийся на лицо. Через отечные ткани шеи можно прощупать значительно увеличенные, болезненные, твердые… лимфатические узлы… При осмотре зева видны огромные, иногда смыкающиеся по средней линии, шарообразные миндалины, сплошь покрытые толстым, складчатым, сероватым налетом, выходящим за пределы миндалин и распространяющимся на нёбо, щеки и т. д.»[477].

Смерть при дифтерии может наступить от механической асфиксии вследствие закрытия дыхательных путей дифтерийными пленками (главная причина смерти у детей), токсического шока или, позднее, от таких осложнений болезни, как острая сердечная недостаточность на фоне дифтерийного миокардита (главная причина смерти у взрослых) или паралич дыхательной мускулатуры. Вообще, осложнения со стороны нервной системы очень характерны для дифтерии; при дифтерии глотки парез нёба и глотки возникает у 5–20 % заболевших, а при выраженных токсических формах он встречается практически у всех пациентов, что вынуждает врачей ввести назогастральный зонд (правда, через две – четыре недели все нарушенные функции восстанавливаются). Чаще периферические нейропатии или полиневриты бывают после кожной дифтерии или дифтерии ран. После перенесенной болезни может остаться неврологический дефект в виде различных парезов и параличей конечностей. Данные относительно дальнейшего прогноза очень разнятся. Так, в одном старом исследовании сообщалось, что ни у одного из 109 пациентов с дифтерийной полинейропатией не осталось и следов паралича через сто дней[478]. Другие же авторы указывают, что через год после

перенесенной дифтерии у 80 % пациентов с периферическим дифтерийным полиневритом еще оставались симптомы со стороны конечностей, а 6 % вообще не могли ходить[479]. С появлением аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) проблема паралича дыхательной мускулатуры во многом утратила свою остроту. Для восстановления нормальных дыхательных функций обычно требуется две-три недели.

Диагноз устанавливается, главным образом, клинически. «Бактериоскопическая диагностика дифтерии не является достоверной, поэтому она не получила широкого распространения. Бактериологические и серологические методы диагностики представляют больше ретроспективный интерес, они лишь позволяют подтвердить ранее поставленный диагноз»[480].

Хотя в одних руководствах утверждается, что перенесенное заболевание оставляет стойкий иммунитет[481], это оспаривается другими[482] и, очевидно, в самом деле не соответствует действительности, так как уже достаточно давно было показано, что при каждой очередной вспышке или эпидемии дифтерии 5–10 % пострадавших заболевают во второй раз[483]. Учитывая сравнительную редкость самой болезни, такой достаточно высокий процент заболевающих повторно должен насторожить. Кроме того, из тех же старых источников мы знаем, что до 30 % заболевших дифтерией в первой половине XX в. были *полностью и по всем правилам привиты*[484], что еще более увеличивает подозрения. Не логично ли предположить, что контакт с дифтерийным токсином *сенсибилизирует* организм, то есть повышает его чувствительность к токсину и тем самым увеличивает вероятность заболевания дифтерией в будущем, особенно на фоне социально-экономических неурядиц? В пользу этого предположения может говорить и тот факт, что вместе с введением обязательных прививок против дифтерии в некоторых странах увеличивалась и заболеваемость ею. Так, введение обязательных прививок от дифтерии в Германии в 1939 г. сопровождалось сначала незначительным снижением заболеваемости (с 143,5 тыс. случаев дифтерии в 1939 г. до 138,4 тыс. в 1940 г.), после чего она резко возросла: в 1941 г. было сообщено уже о 173 тыс. случаев, а в 1942 и 1943 гг. – 237 и 238,5 тыс. соответственно. Во Франции в последние три предвоенных года регистрировалось от 13 до 16 тыс. случаев дифтерии

в год. Во время оккупационного режима в 1941 г. французам были навязаны обязательные прививки; в течение следующих трех лет заболеваемость дифтерией неуклонно возрастала и достигла 46 тыс. случаев в 1943 г., хотя все эти годы боевые действия во Франции не велись. Высадка союзных войск принесла Франции освобождение не только от нацистов, но и от их прививок, а с ними и от дифтерии – с 1944 г. заболеваемость начала снижаться[485]. Также значительное (на 55 %) увеличение заболеваемости дифтерией после введения прививок от нее было зарегистрировано в Венгрии. В Норвегии, не проводившей прививок против дифтерии, в 1943 г. было зафиксировано всего 50 случаев[486].

До появления антидифтерийной (антитоксической) сыворотки (см. ниже) успехи аллопатии в лечении болезни были в высшей степени скромны. Применялись различные прижигания, полоскания, орошения (например, раствором перхлорида железа или нитрата серебра). Не забывали, разумеется, и о каломели (хлориде ртути), рвотных, слабительных… Поскольку главной причиной детской смертности от дифтерии была асфиксия (удушье) вследствие закупорки дифтерийными пленками дыхательных путей, то активно применялись трахеостомия, а позднее (с 1885 г.) и интубация. За исключением последней, ни один из методов лечения не показал себя хоть сколько-нибудь эффективным[487]. Следующим по важности шагом было введение в широкое использование антибиотиков. Хотя первоначально пенициллин, открытый сэром Александром Флеммингом (1881–1955), оказался неэффективным как для лечения дифтерии, так и для предотвращения ее осложнений[488], особенно такого, как аспирационная пневмония вследствие бульбарного паралича[489], дальнейшее улучшение качества пенициллина и появление других антибиотиков сыграли свою роль. Коринебактерии чувствительны практически ко всем антибиотикам, рутинно назначаемым при заболеваниях верхних дыхательных путей. Обычно для лечения используются такие препараты, как эритромицин, хлорамфеникол, клиндамицин, ампициллин, ципрофлоксацин и некоторые другие[490]. Надо лишь заметить, что лечение антибиотиками преследует не столько цель борьбы с уже имеющейся болезнью (на токсин они не действуют), сколько ускорение очищения организма от вырабатывающих токсин коринебактерии и предотвращение распространения инфекции среди

населения. Смертность, даже с учетом применения новейших методов лечения дифтерии, остается сравнительно высокой – около 5 %.

Правда, здесь необходимо отметить, что 5 % – это типичная «средняя температура по больнице». Вот один пример. В 1994 г. в Боткинской больнице в Санкт-Петербурге находилось на лечении 1860 взрослых пациентов. В легкой (катаральной) форме перенесли дифтерию 1256 пациентов (67,5 %). В тяжелой форме дифтерия протекала у 151 пациента (8,1 %), 42 пациента (2,3 %) скончались. Среди скончавшихся было 26 алкоголиков (62 %). Авторы заключают, что риск смерти для заболевшего дифтерией неалкоголика равнялся всего 1 %[491]. В другом исследовании были проанализированы истории болезней 130 взрослых, умерших от дифтерии в СПб в 1990–1996 гг. Автор статьи сообщает: «89 больных (68,5 % общего числа) обоего пола страдали хроническим алкоголизмом, более 1/3 их были социально дезориентированы, не работавшие лица БОМЖ… в структуре преморбидных заболеваний значительным был удельный вес сердечно-сосудистой патологии (атеросклероз, гипертоническая болезнь), составившей 32,3 % общего числа (42 набл.), распространенной преимущественно у женщин старше 60 лет»[492]. Высокий уровень передачи возбудителя был отмечен в таких специфических группах населения, характеризующихся скученностью проживания, низким уровнем гигиены и тесными контактами, как, например, бездомные и пациенты психиатрических клиник[493].

Главными факторами риска, относительно которых нет разногласий в различных исследованиях, являются возраст младше 5 и старше 40 лет, низкий уровень жизни, алкоголизм. Из иных факторов были отмечены поздняя госпитализация, позднее начало лечения сывороткой (считается, что применение ее эффективно лишь в первые три дня болезни), такие осложнения болезни, как миокардит и пневмония, а также отсутствие прививок[494]. Значение последнего фактора можно легко оспорить на основании простой логики и здравого смысла, даже не солидаризируясь с позицией той или иной стороны в прививочном споре. Известно, что в тех странах, где прививки требуются по закону, лишь очень небольшой процент детей их не получает из-за отводов по желанию родителей. Как правило, отсутствие прививок связано с истинными медотводами из-за плохого состояния здоровья ребенка. Такие дети намного более подвержены всем

инфекционным болезням – как тем, которые «управляются» прививками, так и тем, против которых прививок не изобретено или они не применяются массово. Отсюда ясно, что отсутствие прививок – это следствие, а не причина; в качестве фактора риска следовало бы указывать фоновые болезни, сопровождающиеся снижением функций иммунитета, а не прививочный статус. В течение всего XX в. дифтерией в развитых странах и без всяких прививок никогда не заболевало более 15–20 % детей популяции, охваченной этой болезнью. Вероятно, примерно каждый пятый-шестой ребенок и есть то «слабое звено», которое поражается инфекционными недугами[495]. Косвенно признают это и авторы вполне ортодоксального руководства, заявляя: «Социальную группу риска по тяжести течения дифтерии представляли неработающие люди трудоспособного возраста, пенсионеры и дети, проживающие в семьях, ведущих асоциальный образ жизни. Они, как правило, не имели прививок»[496]. Да если бы они не имели *только* прививок, с этим вполне можно было бы мириться, как бы ни относиться к этим самым прививкам! Как правило, такие дети не имели и одежды, и нормальной человеческой еды, а подчас даже крыши над головой. Но это, похоже, не слишком занимает академических составителей толстой книги, изданной в отличном переплете и на дорогой бумаге. Их волнует, что у таких детей не было прививок! Если вместо «неработающие люди трудоспособного возраста» (вот ведь эвфемизм какой!) написать «алкоголики, наркоманы, бродяги и беженцы», а вместо «пенсионеры» – «лица, доходов которых с трудом хватает на то, чтобы не протянуть ноги», то все встает на свои места. Это стандартный контингент для всех инфекционных болезней, как с прививками, так и без, и дифтерия тут не исключение.

Говоря о других факторах риска, я хотел бы обратить внимание читателей на исследование, показавшее связь между заболеваемостью дифтерией и хроническим тонзиллитом на примере Астраханской области. Известно, что хронический тонзиллит – достаточно типичное проявление сниженной иммунной функции. Аллопатические успехи в его лечении более чем скромны, и нередко дело заканчивается удалением миндалин (тонзилэктомией). В главе о полиомиелите будет указано на отсутствие миндалин как на значительный фактор риска для заболевания полиомиелитом. Пока же приведу несколько цитат из заинтересовавшего меня исследования: «Большое количество больных

дифтерией выявлено в тех районах [Астраханской] области, где одновременно высока пораженность населения хроническим тонзиллитом. Данное наблюдение подтверждается статистическими исследованиями. Результаты статистического анализа свидетельствуют о достоверном воздействии на эпидемический процесс дифтерийной инфекции распространенности хронического тонзиллита, то есть в районах, где распространенность хронического тонзиллита велика, резко осложняется эпидемиологическая обстановка по дифтерии. Это дало нам повод рассматривать хронический тонзиллит как фоновое заболевание для дифтерии на популяционном уровне… По нашим данным, наличие хронического тонзиллита у вакцинированных повышает риск заболевания дифтерией. Доля привитых больных дифтерией, не сочетающейся с хроническим тонзиллитом, составила 22,7 %, при сочетании дифтерии ротоглотки с компенсированным хроническим тонзиллитом – 31,9 %, а с декомпенсированным – 38,7 % …»[497]. К концу XIX в. стало понятно, что дифтерия является заразным заболеванием и главной мерой профилактики должен быть карантин. Хотя принимавшиеся меры далеко не всегда были разумны в свете нынешних знаний об этой болезни, свою роль они, безусловно, сыграли. Не менее важным было и повышение жизненного уровня населения, в результате чего смертность от всех инфекционных болезней (и в меньшей степени заболеваемость ими) начала неуклонно снижаться. В США заболеваемость дифтерией постоянно снижалась с 1900 г. – за 19–20 лет до появления первых вакцин[498]. В Испании с 1901 г. по 1964 г., до введения прививки DPT, смертность от дифтерии снизилась на 98,7 %, а заболеваемость ею – на 97,2 %[499].

Гомеопатия, ранее уже показавшая свою высокую эффективность при лечении эпидемических заболеваний (что было одной из причин массового перехода врачей в гомеопатию в США и дало начало расцвету гомеопатии, длившемуся там свыше полувека), оказалась весьма полезной и при дифтерии. Долгое время гомеопаты вполне успешно лечили дифтерию такими лекарствами, как *Apis, Cantharis, Kalium bichromicum, Lachesis, Mercurius corrosivus.* Так, известный историк гомеопатии д-р Томас Л. Бредфорд (1847–1918) в своей книге «Логика цифр» сообщает, что при сравнении результатов лечения аллопатов и гомеопатов в округе Брум штата Нью-Йорк (напомню читателям, что во второй половине XIX и начале XX вв. гомеопаты

имели в США собственные больницы) выяснилось, что смертность от дифтерии среди пациентов аллопатов составляла 83,6 %, а среди пациентов гомеопатов – 16,4 %[500]. Поскольку в среднем смертность даже при тяжелых формах дифтерии в отсутствие какого бы то ни было лечения составляет 40–50 %, то отсюда напрашивается еще и тот вывод, что обращение за лечением к аллопатам значительно уменьшало шансы пациентов на выживание[501].

В 1864 г. на сцене появился новый многообещающий гомеопатический препарат. Первый опыт успешного применения этого лекарства, оказавшегося поразительно действенным в лечении дифтерии, был связан с Россией. В 1864 г. дифтерией тяжело заболел семилетний сын немецкого гомеопата д-ра Карла фон Виллерса (1817–1890), работавшего в то время в Санкт-Петербурге. Назначавшиеся отцом, который думал, что речь идет о простой ангине, лекарства не подействовали, болезнь быстро прогрессировала, и когда д-р фон Виллерс пригласил на консультацию своего коллегу, д-ра Альфонса Бека (также немецкого гомеопата, практиковавшего в Санкт-Петербурге), состояние ребенка казалось уже безнадежным. Увидев далеко зашедшую некротическую дифтерию, д-р Бек вспомнил, что еще в университете он читал в каком-то судебно-медицинском журнале о похожей картине, наблюдавшейся у пяти членов одной семьи, которые отравились цианистой ртутью. Согласно принципу подобия было применено срочно сделанное в аптеке Ф. К. Флемминга лекарство *Mercurius cyanatus* в шестом сотенном разведении, и состояние больного начало улучшаться. «Двадцать два часа прошло после первого приема лекарства и почти вся масса серозеленоватого цвета дифтеритического выпота, покрывавшая слизистую оболочку зева и издававшая сильный затхлый запах, исчезла… С этого часа мальчик быстро начал поправляться и через два дня никто не догадался бы, что он только что избавился от такой тяжелой и опасной болезни»[502]. С того времени этот препарат вошел в повседневную практику профилактики и лечения дифтерии с помощью гомеопатии. Впоследствии д-р Владимир фон Дитман (1842–1904), излечивший огромное количество случаев дифтерии в течение своей двенадцатилетней гомеопатической практики и ужасавшийся полной беспомощности аллопатического лечения этой болезни[503], не выдержал и во время очередной эпидемии дифтерии в 1882 г. обратился

к царю с просьбой позволить гомеопатическое лечение в госпитале. Эта просьба была поддержана адъютантом Его Императорского Величества контрадмиралом О.Б.Рихтером (1830–1907), симпатизировавшим гомеопатам. Далее события в изложении д-ра Льва Бразоля развивались следующим образом: «Государь, всегда питавший расположение к гомеопатическому методу лечения и неоднократно оказывавший ему свое милостивое покровительство, повелел открыть при Николаевском Военном госпитале отдельную палату для гомеопатического лечения дифтерита. В эту больницу вскоре был доставлен девятилетний ребенок из беднейшего класса населения, еще не оправившийся от тяжелой кори и уже заболевший злокачественным дифтеритом. На третий день болезни, когда она уже успела вызвать омертвение зева и миндалин с общим заражением крови, совершенно безнадежного мальчика в холодный и ветреный зимний день через весь город везли в открытых санях и привезли в гомеопатическое отделение, где консультант госпиталя доктор Афанасьев в присутствии доктора Дитмана констатировал «гангренозный дифтерит», и на следующий же день ребенок умер. Это был первый и единственный пациент гомеопатической больницы, потому что других больных полицейские врачи сюда больше не направляли, и так как на испытании находился лишь один больной, который и умер, то было выведено заключение, что гомеопатическое лечение дает 100 % смертности, и на этом кончилось сравнительное испытание гомеопатического и аллопатического лечения дифтерита»[504]. В том же году в «Правительственном вестнике» было опубликовано подписанное высшими российскими медчиновниками решение Медицинского совета, посвященное в основном личности д-ра Дитмана, и лишь в очень незначительной степени – сущности его предложения. Как и всегда в споре аллопатии и гомеопатии, предложение испробовать гомеопатию было с негодованием отвергнуто на основании исключительно умозрительных концепций и отвлеченных рассуждений, имевших в своей основе железное «этого не может быть, потому что этого не может быть никогда»[505]. Этот страх клинического сравнения двух методов, которым тяжело заболела аллопатия после панъевропейских эпидемий холеры 1830–1840-х гг. – когда выяснились неоспоримые преимущества гомеопатии и, что самое главное, не только полная неэффективность, но и вредоносность аллопатического лечения

(кровопускания, каломель, рвотные), – аллопатам не удавалось изжить очень долго.

Сравнение гомеопатии и аллопатии – это предмет для отдельного разговора; сейчас я хотел бы напомнить читателям лишь факты, относящиеся к истории лечения дифтерии. Corynebacterium diphtheriae была обнаружена Эдвином Клебсом (1843–1913) из университета в Цюрихе в 1883 г., а в 1884 г. немецкий бактериолог Фридрих Лефлер (1852–1915) из университета в Грейсвальде сумел вырастить коринебактерии на искусственной среде и показать, что именно они вызывают дифтерию. Дифтерийный токсин был выделен французским микробиологом Эмилем Ру (1853–1933) в 1888 г., а в 1891 г. немецкий микробиолог и иммунолог Эмиль Адольф фон Беринг (1854–1917) вместе с японским исследователем Шибасабуро Китасато (1852–1931) разработал противодифтерийную сыворотку, которую он получал при иммунизации животных дифтерийным токсином, и в 1891 г. ее впервые успешно применил (за разработку противодифтерийной сыворотки Беринг в 1901 г. был удостоен Нобелевской премии). В России первым использовать сыворотку начал проф. Г. Н. Габричевский (1860–1907) в 1893–1894 гг. При фактическом отсутствии хотя бы отдаленно эффективного аллопатического лечения дифтерии, гомеопатическое лечение, об успешности которого заявлял далеко не один д-р Дитман, было отвергнуто без всякой проверки, лишь по праву сильного и имеющего власть решать, чем следует лечить народ! Чтобы закончить тему использования цианистой ртути для лечения дифтерии, приведу еще одну цитату из старого российского гомеопатического журнала: «Аллопаты торжествуют, получая 20–30 проц. смертности при сыворотке. Но те же аллопаты, применявшие гомеопатический цианистый меркурий, получали проц. смертности несравненно меньший. Так, аллопат д-р Котс получил 3–4 проц. смертности, д-р Зельден лично 2,5 проц.; он же собрал из литературы свыше 700 случаев других врачей с общей смертностью в 7,5 проц. («Альгемайне медицинише центральцайтунг», 1886, № 37)»[506].

Справедливости ради следует сказать, что судьбу гомеопатов разделяли и другие «ненаучные» врачи. Так, врач-натуропат Линкольн Грэхем сообщил в своей книге, что он лечил 400 человек, заболевших гриппом во время печально известной эпидемии гриппа («испанки»), и не потерял (как и многие гомеопаты – см. главу «Грипп») ни одного

пациента. Во время эпидемии дифтерии в Берлине в 1900 г. через его руки прошло 28 пациентов, и все они выздоровели. Метод Грэхема был очень прост: 1) полный отказ от еды до выздоровления; 2) стакан воды, желательно ключевой, каждый час; 3) ежедневная «высокая» очистительная клизма; 4) холодные влажные обертывания грудной клетки при симптомах пневмонии. Другой врач-натуропат, д-р Райт, который написал предисловие к книге Грэхема, сообщил, что он был крайне скептичен в отношении столь упрощенного метода лечения тяжелейших болезней до тех пор, пока не решился применить его сам в своей практике, а д-р Гюнтер, в клинике которого д-р Грэхем проводил лечение заболевших дифтерией, убедившись в эффективности этого способа, поспешил в берлинский госпиталь «Шарите» и предложил применить его там. Предложение было тем актуальнее, что расхваленная противодифтерийная сыворотка в ту эпидемию чаще всего оказывалась совершенно неэффективной. Однако в госпитале д-ра Гюнтера ждал… твердый и решительный отказ. Подтекст: пусть-де малыши лучше «научно» умирают, чем «ненаучно» выздоравливают. Строгое следование принципам, пусть и во вред больным, и в этот раз оказалось дороже здравого смысла[507]. Метод Грэхема был далеко не единственным, предложенным натуропатами для лечения дифтерии. В 1930-х гг. в научной периодике публиковались многообещающие экспериментальные данные относительно эффекта воздействия витамина С на дифтерийный токсин[508], которые не прошли мимо внимания некоторых врачей. В 1957 г. д-р Фред Кленнер опубликовал статью, в которой делился своими успехами в лечении различных инфекционных заболеваний, в том числе и дифтерии, с помощью витамина С. Особенно тяжелым пациентам он вводил витамин С внутривенно по два-четыре грамма каждые два-четыре часа. Эффект, по словам д-ра Кленнера, был поразительный. С тем большей горечью он писал: «И, тем не менее, есть врачи, которые скорее будут стоять и наблюдать, как их пациент умирает, чем используют аскорбиновую кислоту, – и все лишь потому, что в их ограниченном воображении она может существовать только как обычный витамин»[509]. В своей публикации в 1971 г. он описал случай, когда он и его ассистенты вводили маленькой девочке, заболевшей дифтерией носа, 10 г аскорбиновой кислоты шприцом на 50 мл каждые восемь часов в течение суток, а затем дважды с перерывом в двенадцать часов. После

этого ребенок получал 1 г лекарства в таблетках каждые два часа. Девочка полностью выздоровела[510].

Советские исследователи также отмечали несомненный эффект витамина С как в эксперименте, так и в клинике: «…Большие дозы витамина С повышают устойчивость животных к дифтерии, аскорбиновая кислота способна нейтрализовать дифтерийный токсин (И. Ф. Домбровская, М. С. Норкин). В последнее время эти данные подтверждены работами, показавшими, что витаминизация аскорбиновой кислотой может восстановить иммунитет против дифтерии у морских свинок (А. М. Кирхенштейн и Н. С. Столигво, В. К. Берзин и др.)»[511]. Или: «…Дифтерия зева ведет к развитию резкого гиповитаминоза «С». Степень этого гиповитаминоза зависит от токсичности и от периода болезни. В первые дни болезни и в период развития острого миокардита потребность в витамине «С» резко нарастает и выделение его с мочой резко снижается… Лечение токсической дифтерии витамином «С» проводилось большими дозами, от 600 до 1200 мг (концентрат шиповника и кристаллическая аскорбиновая кислота)… При лечении токсических форм дифтерии зева оказалось, что применение витамина «С» снижает смертность и улучшает течение острого миокардита. Среди больных, леченных витамином «С», смертность в 3 раза меньше, а количество тяжелых миокардитов в 2 раза меньше, чем в контрольной группе… Лечение дифтерии витамином «С» нужно проводить большими дозами и начинать как можно раньше. Применение больших доз концентрата и кристаллической аскорбиновой кислоты ни разу не дало никаких признаков гипервитаминоза»[512].

Разумеется, я сообщаю все эти факты не с целью рекомендовать какой-то метод лечения или отговаривать от него. Я хотел бы лишь привлечь внимание читателей к тому абсурдному положению вещей, когда многоголосый хор медиков и мало сведущих в проблеме журналистов, подкармливаемых фармацевтическими компаниями, дружно уверяет население в том, что никакой разумной альтернативы одобренным официозом методам профилактики и лечения (в данном случае сывороткам и вакцинам) не существует и существовать не может, в то время как уже показавшие в прошлом свою эффективность эмпирические методы, которые нельзя запатентовать и которые не

могут быть использованы в целях обогащения групп интересантов, замалчиваются и не изучаются.

Еще немного о гомеопатическом лечении дифтерии. Кроме *Mercurius cyanatus,* можно рекомендовать нозод *Diphtherotoxinum* (практически заменивший некогда бывший очень популярным *Diphtherinum*[513]) и такие препараты, как *Ailanthus* (полубессознательное состояние, серовато-синее горло, красное лицо, отвратительный запах изо рта), *Arsenicum album* (резкий упадок сил и прострация), *Lachesis* (болезнь начинается на левой стороне и переходит на правую), *Lycopodium* (болезнь начинается на правой стороне и переходит на левую), *Arum triphyllum* (дифтерия носа)[514]. Все эти лекарства можно давать в 30-м сотенном разведении каждый час до улучшения состояния. Д-р Дороти Шеперд писала в своей книге: «…В течение вот уже двадцати лет я наблюдаю, что иммунизация сопровождается ростом числа случаев значительного понижения сопротивляемости, и я также вижу тяжелые, и в том числе смертельные случаи токсемии, следующие в течение одной-двух недель после прививки… Я была офицером медицинской службы в детской клинике в населенном районе в южной части Лондона, в котором находилось восемь крупных школ с большим числом учащихся. Каждый день у нас было около сотни обращений. Мы не нуждались в специальных сообщениях о том, что в какой-либо из близлежащих школ проводились прививки, – об этом мы узнавали, когда к нам приходили толпы детей с отекшими руками, инфицированными ранами и дерматитами, развившимися в течение нескольких дней после прививки. Обычно мы давали им *Diphtherinum* 30 ежедневно, и недуги быстро исцелялись. Впоследствии у многих детей, благополучно перенесших прививки, появлялись бородавки на руках, а также сотнями на лице, особенно на щеках, маленькие темно-коричневые, почти черные бородавки. После приема *Diphtherinum* 30 они исчезали за ночь, самое позднее – за неделю или две»[515].

Упоминавшийся выше д-р Карл фон Виллерс писал о *Mercurius cyanatus:* «…При моих многолетних наблюдениях я дошел до 30-го сотенного разведения, которое я теперь при лечении дифтерита употребляю исключительно, причем я приобрел непоколебимое убеждение, что с увеличением растворения (т. е. потенции. – *А. К.*)

верность и скорость действия цианистого меркурия растет и усиливается»[516].

Приводя здесь сведения о гомеопатическом лечении дифтерии я, впрочем, искренне надеюсь, что моим читателям не придется не только лечить дифтерию, но даже когда-либо видеть ее. Токсические формы болезни, как уже было сказано выше, характеризуются быстро меняющейся клинической картиной и стремительным ухудшением состояния больного, и надо обладать немалым гомеопатическим опытом и знаниями, чтобы чувствовать себя уверенным в лечении таких пациентов. Родителям, обеспокоенным вспышкой или эпидемией дифтерии по соседству, может быть предложена хорошо зарекомендовавшая себя гомеопрофилактика *Mercurius cyanatus*[517]или одним из упоминавшихся выше нозодов дифтерии.

Наличие или отсутствие иммунитета к дифтерии до широкого распространения серологических методов определялось тестом, названным по имени венгерского педиатра, профессора Белы Шика (1877–1967), открывшего его в 1908 г. и пятью годами позднее предложившего для массового выявления восприимчивых к дифтерии детей. Тест заключается во внутрикожном введении 1/50 минимальной летальной (для морской свинки) дозы дифтерийного токсина; появление инфильтрации и воспаления в месте инъекции считается показателем отсутствия иммунитета к дифтерии. Из-за нескольких детских смертей этот «абсолютно безопасный» тест был запрещен в Австро-Венгерской империи и вообще встречен в Европе не слишком дружелюбно. Гораздо больший интерес к нему проявили американцы, особенно производители биопрепаратов, и в США Шик и К° сделали на нем хорошие деньги[518]. Субъективность и ненадежность этого теста не раз становились предметом дискуссий. Публикации 1930-х гг. очень хорошо показывают колебания врачей: не верить тесту Шика или не верить в защитную силу прививок, или же вообще не верить ни тому, ни другому. Например, английский врач Мессингхэм сообщал: «Имеющие положительную реакцию Шика, несмотря на многократный контакт с инфекцией, не заражаются дифтерией, а наличие вирулентных штаммов возбудителя в своем горле не мешает людям оставаться в отличном здоровье»[519]. Из Эдинбурга в 1927 г. сообщили о 54 детях, заразившихся дифтерией, несмотря на отрицательный результат теста Шика[520]. Из Института Коха в Берлине было сообщено

о том, что «даже после неоднократного заболевания дифтерией у детей все еще обнаруживается положительная реакция Шика»[521].

Сомнения относительно ценности пробы Шика высказывались и в советской литературе также: «На съезде германских педиатров (1931) реакция Шика подверглась резкой критике. Так, Поккельс отметил, что «к сожалению, реакция Шика еще играет известную роль в литературе». Колле заявил, что реакция Шика является недостоверной пробой… «Ревизия» реакции Шика проводилась также многими советскими учеными… Подводя итог литературной полемике вокруг вопроса о значимости реакции Шика, П. Ф. Здродовский писал: «Реакция Шика может быть недостоверной в каждом отдельном случае, но применительно к целым коллективам она может отображать общие закономерности в полном соответствии с действительностью…»[522]. Поскольку положительная реакция Шика может привести к ненужной прививке дифтерийного анатоксина этому «каждому отдельному случаю» и, соответственно, дополнительной парентеральной антигенной нагрузке и неоправданному введению токсических веществ, то желательно, чтобы ее сменила более точная проба. Ныне как правило проводятся серологические исследования, однако во многих странах тест Шика все еще продолжает применяться.

Здесь интересно отметить, что, возможно, тест Шика связан вовсе не с наличием или отсутствием антител к дифтерийному токсину, а с какими-то более глубокими и пока что еще неизвестными механизмами иммунитета, которые, вероятно, использует и гомеопатия. В гомеопатической литературе нередко цитируется проведенный в 1932 г. эксперимент французского врача-гомеопата Пьера Шаванона (1898–1962), который дал две дозы *Diphtherotoxinum* 4М с интервалом в шесть-восемь недель 45 детям с положительной реакцией Шика, после чего *у всех 45* реакция Шика стала отрицательной[523]. Разумеется, не следует переоценивать результаты этого эксперимента, утверждая, что все 45 стали *защищенными* от дифтерии. Но те же самые сомнения будут верны и для дифтерийного анатоксина! Подтверждением гипотезы о вовлечении в процесс защиты от дифтерии иммунных механизмов, не связанных с антителами, может служить и малоизвестное исследование девяти британских ученых середины прошлого века, в котором было показано, что проверка уровня антител к токсину у заболевших дифтерией (на примере вспышек дифтерии в

Англии в 1939–1942 гг., особенно в Данди в 1941–1942 гг.) никакой связи между заболеваемостью дифтерией и присутствием антител не обнаружила: успешно заболевали дифтерией те, у кого уровень антител значительно превышал считающийся «защитным», в то время как при несомненном контакте с больными дифтерией те, у кого антител не было вообще, оставались здоровыми[524]. Разумеется, британские медицинские власти сделали вид, что никакого исследования, полностью опровергающего теорию прививочного иммунитета, сделано не было, а само исследование упрятали под сукно.

Читающих эту главу в первую очередь, вероятно, будет интересовать вопрос о недавней вспышке дифтерии в странах СНГ и Балтии в 1990-х гг. Об этом речь пойдет ниже; пока что поделюсь с читателями некоторыми интересными сведениями о причинах этой вспышки. Оказывается, главными пособниками дифтерии были… медработники! Вот несколько примеров.

«На психологии населения, и в первую очередь на медицинских работниках, заметно отразилась серия публикаций в специальной медицинской литературе и в популярных медицинских изданиях, а также на телевидении и радио о вреде прививок и низком качестве вакцин. Больше всего непривитых оказалось среди медработников и членов их семей… Отрицательное отношение некоторых медиков и населения к вакцинации усугубляется еще и тем, что случаи заболевания наблюдаются и среди привитых»[525].

«Особую тревогу вызывает рост частоты отказов родителей от прививок, причем среди этих родителей много медицинских работников. Предстоит в ближайшие годы больше внимания уделить данной проблеме»[526].

«Эффективность принимаемых мер могла быть гораздо выше, если бы не систематические негативные выступления в средствах массовой информации всем хорошо известных людей. Как ни странно, эти выступления оказывают наибольшее отрицательное влияние не на общую популяцию города, а на отношение к вопросам иммунизации медицинских работников, обслуживающих взрослое население»[527].

Ларчик открывается, впрочем, просто, и ничего странного здесь нет. Привыкшее верить в авторитеты население, «общую популяцию», можно убедить в безопасности вакцин, содержащих «в соответствии со стандартами ВОЗ» ртуть, формальдегид и алюминий. Но когда о

составе вакцин и о тех условиях, в которых они изготавливаются и тестируются, узнает, наконец, осведомленный в токсикологии медицинский работник, которого на мякине болтовни о безвредности многократного парентерального введения ядов не проведешь, то его реакция совершенно предсказуема, как реакция всякого нормального человека. Он просто стремится оградить себя и своих близких от прививок. Ну а когда он узнает также о «невероятно редких» осложнениях, и перед глазами привитые, болеющие ничуть не хуже непривитых, то желания принимать участие в прививочном экспериментировании со здоровьем своих детей становится еще меньше.

Трудно сказать, каков же был в действительности прививочный «охват» в республиках бывшего СССР. Конечно, крушение империи и развал системы здравоохранения не могли способствовать большому «охвату», но все-таки, сколько же было привитых и непривитых? В материалах своего доклада и в своей книге[528] Г. П. Червонская приводит примеры противоречащих друг другу заявлений медицинских чиновников относительно реальных цифр заболеваемости дифтерией в Москве в 1992–93 гг.; разница в количестве заболевших достигает полутора-двух раз! Со статистикой «охвата» дела обстоят еще хуже. Невозможно найти точные цифры того, сколько же было привитых и непривитых к моменту начала вспышки, но даже если бы они и были опубликованы, им, как любой статистике, выходящей из-под пера вакцинаторов, вряд ли можно было бы доверять. Ограничусь несколькими цитатами: «В 1991–92 гг. уровень ниже 90 % охвата прививками с дифтерийным анатоксином был в следующих странах: Грузия – 45 %, Ирландия – 65 %, Азербайджан – 69 %, Турция – 72 %, Россия – 73 %, Литва – 78 %, Югославия (Сербия и Черногория) – 79 %»[529]. Российские 73 % вовсе не выглядят катастрофически низким уровнем. При этом согласно другому прививочному источнику процент привитых среди детей был намного выше: «Привитость против дифтерии детей до 14 лет составила в 1989–1991 гг. в среднем *только* 92,5 %, т. е. 7,5 % детей практически не были защищены»[530] (выделено мной. – *А. К.*). Всего за несколько лет до эпидемии, в СССР, в издательстве «Медицина», вышла добротная монография по дифтерии, в которой категорически утверждалось: «…Установлено, что если правильной вакцинации будет подвергнуто 60–70 % детей, то

дифтерия как эпидемическая болезнь перестанет существовать»[531]. И вдруг 92,5 % привитых – «только». Как же так? Не слишком ли быстро вакцинаторы меняют свои критерии?

Другие авторы не вдаются в подробности, но зато охотно указывают на первопричину всех бед: «…Начиная с 1972 г. вследствие беспрецедентной кампании против профилактических прививок, уровень привитости на территории России и других стран СНГ (?? – *А. К.*) стал быстро снижаться: в конце 80-х годов он достиг критической отметки – 50 % и ниже, что привело к быстрому подъему заболеваемости»[532]. Или: «В Москве ежегодно отказываются от прививок от 6 до 8 тыс. человек, а в Саратовской области отказы от прививок составляют более 6 % и в целом по этой области по разным причинам не привиты против дифтерии более 11 тыс. детей, подлежащих вакцинации…»[533].

Однако впечатление, что заболеваемость «вследствие беспрецедентной кампании» неуклонно нарастала в 1980-х гг. и вылилась в эпидемию в 1990-х, совершенно ошибочно. В архивах Минздрава СССР я нашел следующие данные, которые приводятся ниже в виде таблицы. Украина, также сильно пострадавшая от эпидемии дифтерии 1990-х гг., взята мною для сравнения.

Таблица 1. Число заболевших дифтерией в РСФСР и УССР за 1983–89 гг. (в скобках – в возрасте до 14 лет)[534]

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
РСФСР	1284(305)	1319(320)	1187(263)	773(195)	755(222)	565 (32)	593 (75)
УССР	53 (23)	62(19)	75 (23)	97(28)	92(25)	81(17)	59(25)

Обращает на себя внимание, что число заболевших среди взрослых в любом году было значительно выше, чем среди детей (и такое распределение почти точно повторилось во время эпидемии), и что в последние четыре года 1980-х заболеваемость дифтерией в РФ была вполне стабильна и при этом существенно ниже заболеваемости предшествовавших им трех лет. Я не имею точных данных о численности населения РФ в эти годы, чтобы сделать подсчет, но не вижу оснований ставить под сомнение сообщение о том, что «…В 1986–1989 гг. показатели заболеваемости были в пределах 0,38–0,5 на 100 тыс. населения… С 1986 г. наметилась тенденция к снижению

смертности от дифтерии»[535]. Это низкая заболеваемость и, вероятно, соответствующая данным таблицы. Также вполне разумен и другой вывод: «…В 80-е годы стало ясно, что массовая иммунизация детей не только не ликвидировала заболеваемость дифтерией, но даже не предотвратила ее периодические подъемы»[536].

И прежде чем ненадолго расстаться с эпидемией дифтерии, вакцинаторской любимицей последних лет, стоит добавить, что эта эпидемия была если не ожидаема, то вполне предсказуема, и при этом вне всякой связи с наличием или отсутствием прививок. Вспышки дифтерии в развитых странах (в начале 1970-х гг. в США, в 1984–1986 гг. в Швеции) неизменно случались в среде алкоголиков и наркоманов из числа бродяг. Логично было предположить, что стремительное обнищание огромного количества людей, развал системы здравоохранения и появление тысяч беженцев станут питательной почвой для распространения инфекционных болезней. Однако никто об этом всерьез не задумался. А это необходимо было сделать хотя бы для того, чтобы предупредить врачей быть более бдительными в отношении болезней, редко встречавшихся в последние годы. Тогда не было бы ситуации, при которой «первоначально диагноз «дифтерия» даже у заболевших токсическими формами, включая случаи с последующими летальными исходами, был поставлен только в 37,8 % случаев»[537]. Как всегда, надеялись «на русский авось»…

Вакцина

Подробнее о вакцине АКДС (DPT) речь будет идти в главе, посвященной коклюшу. Здесь я дам только некоторые исторические сведения и краткую информацию о безопасности и эффективности дифтерийного анатоксина.

Считается, что введение в практику противодифтеритной сыворотки помогло значительно снизить летальность от дифтерии при ее аллопатическом лечении[538]. Правда, здесь имеется одно маленькое, но очень существенное «но». Дело в том, что практически одновременно с появлением сыворотки рутинным сделался анализ мазка из горла, и многочисленные ангины, а также разнообразные крупы, скарлатина без выраженной сыпи и др., неожиданно оказались случаями полноценной, хотя и мягкой дифтерии. Как известно, летальность определенного заболевания есть отношение числа умерших от него к числу им заболевших. Отсюда следует, что увеличение регистрируемого числа заболевших может существенно снизить летальность, хотя реально количество смертей может оставаться неизменным или даже увеличиваться[539]. Кроме того, также известно, что сыворотка эффективна в первые два, максимум три дня болезни. Значит, чтобы начать лечение сывороткой, надо прежде поставить правильный диагноз болезни, а правильный ранний диагноз улучшает прогноз и без лечения сывороткой; кроме того, он позволяет снизить и заболеваемость за счет своевременной изоляции заболевшего и прекращения дальнейшего распространения инфекции. В своей книге лондонский хирург Б. Бейли, упоминавшийся мною в главе о натуральной оспе, даже указывает, что в течение 30 лет, последовавших за введением сывороточного лечения в 1894 г., количество смертей от дифтерии в Англии и Уэльсе (5197) превысило таковое за предшествующие 30 лет (4676). При этом он подчеркивает, что в то время как количество смертей от дифтерии на фоне «спасительного» лечения увеличилось, количество смертей от скарлатины и коклюша значительно снизилось[540]. Оставляя в стороне спорный вопрос о реальном или мнимом снижении смертности благодаря сыворотке, отмечу, что применение сыворотки практически никак не могло повлиять на заболеваемость. Хотя она постепенно снижалась благодаря

повышению жизненного уровня населения, дифтерия оставалась ведущей причиной детской смертности в первой четверти XX в. Это заставило исследователей начать поиски вакцины. Разумеется, далеко не последнюю роль играли и чисто экономические соображения. Как и в случае с другими болезнями, дифтерийные прививки стали великолепным бизнесом для всех медиков, желающих вкусить из прививочной кормушки. Некоторые вакцинаторы до того разошлись, что перестали соблюдать элементарные правила поведения, приличествующие человеку с дипломом врача. Д-р Гай Л. Кифер, чиновник службы здравоохранения штата Мичиган, ничуть не стесняясь, написал в медицинском журнале своего штата в 1928 г.: «В этом штате ежегодно рождается 100 тыс. человек. С момента своего рождения практически все они восприимчивы к дифтерии, но особенно – с возраста шести месяцев и до момента, пока не будут привиты. Если все младенцы будут привиты, и за каждого врач получит от 5 до 10 долларов, чистый заработок составит от 500 тыс. до миллиона долларов в год. В Мичигане ежегодно регистрируется 5 тыс. случаев дифтерии. Если врач получит 50 долларов за каждый случай, то общий доход составит 250 тыс. долларов. Значит, если прививать всех детей против этой болезни, то на ней, благодаря прививкам, врачи смогут заработать больше на сумму от одной трети до трех четвертей миллиона долларов, не ожидая, пока ребенок заразится дифтерией и надо будет его лечить»[541].

Поскольку коринебактерии, в том числе и в своих токсических штаммах, прекрасно живут в здоровом человеке, нимало его при этом не беспокоя[542], то вопрос о вакцине обсуждается только в контексте иммунитета к дифтерийному токсину, который и вызывает болезнь, – препятствовать распространению болезнетворных штаммов возбудителя вакцина не может по определению. Однако и здесь есть немало проблем, причем не только практических, но даже чисто теоретических.

Как указывалось выше, перенесение самой болезни отнюдь не обещает прочного иммунитета; ясно, что еще меньше на него можно рассчитывать от прививки[543]. Значит, потребуется изрядное количество прививок анатоксина, назвать которые безопасными язык может повернуться только у прожженного прививочного дельца или у человека, не знакомого с основами токсикологии. Называемая ВОЗ

совершенно недостижимая, а потому заведомо абсурдная цифра в 95 % антительно-иммунного *всего* (подчеркиваю – не детского, а *всего*!) населения к дифтерии как средство эпидемиологической стабильности по дифтерии[544] лучше любых рассуждений и выкладок говорит о том, что антитоксиновая профилактика вызывает очень и очень большие сомнения. Так как речь идет о токсине, то понятно, что возможные проблемы, чтобы не сказать несчастья, должны быть связаны с технологией его инактивации, которая может быть недостаточной или вообще совершенно неадекватной – о подобной проблеме мы еще будем говорить, обсуждая столбнячный анатоксин. Так же, как и для столбняка, для дифтерии существует проблема цифрового выражения понятия «антитоксический иммунитет». Считающийся ныне «условно защитным» титр антител (0,01 МЕ/мл) был произвольно определен в опытах с морскими свинками и может таковым не являться, например, для алкоголика, наркомана, бродяги или хронически недоедающего (возможно, что важную роль при этом играет нехватка витамина С). С другой стороны, для здорового крепкого ребенка или взрослого человека (не говоря о людях, *конституционально* невосприимчивых к дифтерии) и в таком титре нет никакой необходимости – а ведь прививают всех поголовно, требуются вожделенные 95 %! Сравнительно недавно появились публикации, в которых уже указывается на то, что титр 0,01 хорош для «эпидемиологических целей»; для индивидуальной защиты он должен быть выше[545]. Так как часто нужно ревакцинироваться? Каждые два года? Каждый год? Еще чаще? «Анализ материалов о противодифтерийной иммунизации 515 лиц, заболевших дифтерией в течение 1955–1959 гг., показывает, что большинство из заболевших (78,2 %) были привиты против дифтерии, 69,6 % заболевших получили последнюю противодифтерийную прививку за год и более от заболевания, то есть *за довольно длительный период времени,* в течение которого по каким-либо причинам противодифтерийный иммунитет мог снизиться. Следует отметить, что из числа заболевших лиц 7,7 % подвергались второй и третьей ревакцинации (получили пять прививок), а 76,9 % заболевших были иммунизированы *только* три-четыре раза»[546] (выделено мной. – *А. К.*). Если «три-четыре раза» это «только», если год становится уже «довольно длительным периодом времени», и даже получившие все пять прививок составляют вполне приличный процент заболевших, то

вновь и вновь встает вопрос: сколько же требуется прививок, чтобы быть, наконец, защищенным? И как часто их нужно делать? Читатели вспомнят иронию д-ра Снигирева, цитировавшегося мною в главе о натуральной оспе, который писал: «Жадно прислушиваясь к голосу жрецов оспопрививания, общество слышало равно: вне эпидемии они твердили о полном уничтожении предохранительным прививанием на определенный срок восприимчивости в организме к оспенной заразе, а едва начинала угрожать эпидемия, как они забывали об уничтожении восприимчивости и говорили, что нужно повторять прививание…»[547]. Если поменять «оспопрививание» на «дифтериепрививание», а «оспенную» на «дифтерийную», то разницы не будет ни малейшей.

Другая проблема, характерная, впрочем, для эпохи вакцин в целом, – неблагоприятное изменение эпидемиологических характеристик, заставляющее предположить, что вопрос с дифтерией не будет закрыт в обозримом будущем. Последняя эпидемия дифтерии в бывших республиках СССР показала, что надежда на полный курс прививок в детстве, как гарантию пожизненного иммунитета у подавляющей части взрослого населения, оказалась тщетной. Взрослые оставались здоровыми до тех пор, пока были нормальными санитарно-гигиенические условия их жизни, хотя при этом утверждалось, что они-де защищены прививками[548]. Когда же появились тысячи беженцев и начала стремительно разваливаться система санитарно-эпидемического надзора и пенитенциарная система, а вооруженные силы оказались за чертой бедности, то оказалось, что полученные в детстве прививки ни от чего защитить не в состоянии. Кроме того, бездумное интенсивное использование антибиотиков при любой боли в горле значительно снизило циркуляцию коринебактерий в человеческом коллективе и, тем самым, возможность получать бустеры, антигенные «толчки», необходимые для формирования и поддержания иммунитета. В равной степени массовые детские прививки, хотя и не способные сами прерывать циркуляцию коринебактерий, не давали определенному проценту восприимчивых к дифтерии детей заболеть ею и увеличить тем самым количество коринебактерий, циркулирующих в популяции[549]. Лишенные, таким образом, постоянного контакта с коринебактериями, к дифтерии стали более восприимчивыми взрослые. Если до начала массовых прививочных кампаний дети составляли не менее 70 % заболевающих, а как правило их число было даже

значительно больше, то в эпоху прививок дифтерией стали заболевать и от нее гибнуть в основном взрослые[550]. В 1980 г. советский педиатр проф. С. Носов писал: «В прошлом даже при высоком уровне заболеваемости дифтерией переболевала ею относительно небольшая часть населения. Взрослые болели редко. Они были защищены за счет иммунитета, приобретенного в процессе носительства и подкреплявшегося повторным инфицированием (бустерэффект). Такое представление подтверждается результатами исследований последних лет, показавших нарастания титров антитоксина в процессе носительства. Если в настоящее время заболеваемость дифтерией ограничивается спорадическими случаями, а носительство токсигенных дифтерийных бактерий хотя и не прекратилось, то резко сократилось, то тем самым почти прекращается естественная иммунизация – подкрепление иссякающего иммунитета в результате повторного носительства. Нельзя ли ожидать при этих условиях восстановления восприимчивости к дифтерии взрослого населения? Не потребуются ли дополнительные ревакцинации для поддержания иммунного состояния и у взрослых? На этот вопрос в настоящее время ответить трудно»[551]. По крайней мере на первый вопрос вполне убедительный ответ был получен в 1990-х годах.

Кроме проблемы заболеваемости дифтерией взрослых, надо отметить, что женщины, не контактировавшие в достаточной степени с коринебактериями и утратившие (если имевшие вообще) прививочный иммунитет к детородному возрасту, не могут передать антитела своим младенцам, оставляя их беззащитными перед дифтерией, в то время как в допрививочно-доантибиотическую эру дети были защищены материнскими антителами до шести месяцев жизни (именно поэтому цитировавшийся выше мичиганский медчиновник говорил о том, что особенно восприимчивыми дети становятся с шести месяцев). Отсутствие такой защиты заставляет все более снижать возраст прививаемых, что не может не вызвать законную тревогу. В России первая прививка делается в три месяца, в некоторых странах – уже в два. Очевидно, скоро потребуется делать ее сразу после рождения, а следующим этапом будет уже вакцинация в материнской утробе?

Дифтерийный анатоксин широко представлен на рынке вакцин. Он входит в состав поликомпонентных препаратов АКДС (адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина), АДС-

анатоксин (адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин), АДС-М-анатоксин (адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов) и АД-М-анатоксин (адсорбированный дифтерийный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов). Кроме того, на российском рынке имеются вакцины компании «Авентис Пастер» – «Тетракок», «Д.Т. Вакс» и «Д.Т. Адюлт». Консервантами во всех, за исключением «Тетракока», вакцинах является мертиолят (в «Тетракоке» – 2-феноксиэтанол). Дифтерийный и столбнячный анатоксины сорбированы на гидроксиде алюминия[552]. Поскольку токсины инактивируются формальдегидом, то понятно, что и он (в каком количестве – вопрос, связанный с технологией производства и контролем) будет обнаруживаться в вакцине.

Согласно последнему российскому прививочному календарю, дети получают курс из трех прививок в возрасте 3, 4,5 и 6 мес. Первая ревакцинация проводится в 18 месяцев, вторая – в 7 лет, третья – в 14. Взрослым рекомендовано и активно навязывается, в том числе и противозаконными методами, ревакцинироваться от дифтерии, а также от столбняка, каждые 10 лет[553].

Безопасность

Одной из первых антидифтерийных вакцин была смесь дифтерийных токсина и антитоксина. В Далласе (Техас) 12 и 13 ноября 1919 г. было сделано несколько сот прививок, приведших к трагедии. Хотя власти, как обычно, пытались преуменьшить ее размеры и сообщили лишь о 50 случаях осложнений от прививки, в действительности пострадавших оказалось 120 (именно такое число фигурировало в позднейших отчетах), причем 10 детей скончались (7 – от токсемии, 3 – от паралича дыхательной мускулатуры)[554]. Практически у всех детей, получивших прививку, которая делалась в дельтовидную мышцу, в течение двух – восьми часов возникали невыносимые боли, после чего появлялись тошнота, рвота, отек мышц плечевого пояса, острый лимфангит. Д-р Парк, проверявший эту серию вакцины, обнаружил, что содержание свободного дифтерийного токсина в 50 (!) раз превышало допустимое. В Бадене 8 сентября 1924 г. ребенок умер от дифтерии. В тот же день заболел другой и через три дня скончался. 12 сентября все 34 малыша (6 младенцев и 28 детей постарше), контактировавшие с заболевшими, получили прививку 1 мл смеси токсина с антитоксином (инокуляционный материал Левенштейна-Буссона из Венского серологического института) подкожно в живот. Через день у многих начались явления некроза кожи, воспаление и отек распространялись в паховую и подмышечную области. У 6 привитых не было реакций вообще, у 11 – мягкие, у 17 – тяжелые. Несмотря на проводимое лечение, 4 младенца и 3 детей старшего возраста скончались. На вскрытии у всех детей были обнаружены кровоизлияния в надпочечниках, за исключением одного ребенка, скончавшегося позднее всех, на 41-й день, от пахименингита.

Французский исследователь Гастон Рамон (1886–1963) из Института Пастера первым разработал метод инактивации дифтерийного токсина формальдегидом, получив анатоксин, однако методы стандартизации и очистки были тогда настолько примитивны (и сегодня они остаются очень и очень несовершенными, что постоянно ощущают на себе тысячи прививаемых детей и взрослых), что многие вакцины, кроме очевидного вреда, не приносили ни малейшей пользы – или, говоря современным языком, характеризовались очень низкой

иммуногенностью. По этой причине широкого распространения в Европе прививки от дифтерии не получили[555]. Кроме того, даже спустя 10–15 лет испытывавшие анатоксин врачи и хирурги подчеркивали, что он дает совершенно неприемлемое количество тяжелых побочных реакций (их испытывали до 80 % прививаемых!), гораздо больше тех, что встречались при использовании токсина в смеси с антитоксином[556]. Использование смесей токсина с антитоксином и даже с рамоновским анатоксином продолжалось еще очень долго, пока не был сделан окончательный переход на прививки одним анатоксином. Известно немалое количество историй, когда дети становились жертвами дифтерийных прививок. Вот лишь некоторые.

В Бундаберге (Австралия) 27 января 1928 г. 8 детей получили вторую дозу дифтерийной прививки, а 13 – первую. В тот же или на следующий день тяжело заболели 18 из них; 11 скончались 28 января, а один – 29-го. Трое из погибших были сыновьями одной матери – в один день из-за прививки она потеряла всех своих до того здоровых и веселых детей. Две умершие девочки также были из одной семьи; их брат тяжело заболел, но остался жив[557]. В Ташкенте в 1926 г. 14 детей «по ошибке» получили токсин вместо анатоксина. 8 умерли той же ночью, 4 позднее, на фоне полиневрита. Лечение антитоксином оказалось бесполезным. В Меделине (Колумбия) 48 детей с положительной реакцией Шика получили прививку в детском центре Лас Салас Кунас в октябре 1930 г., 16 из них умерли. В провинциях Рови-го и Венеция (Италия), как сообщалось, «несколько сотен» детей получили прививку в апреле 1933 г. Около 30 умерли. В Киото (Япония) 4 и 5 ноября 1948 г. 15 561 ребенок в возрасте от нескольких месяцев до 13 лет получил вторую дозу антидифтерийной вакцины. В результате 606 детей заболели, 9 скончались в следующие несколько дней и еще 59 – позднее. 80 % заболевших и 90 % умерших были младше двух лет[558].

Разумеется, всегда, когда это было возможно, медики пытались скрывать такие факты от широкой публики – боясь расплаты за результаты своей «профилактики» и не желая дискредитировать прививки. Хотя д-р Дж. К. Марлин из лондонского госпиталя Гая сообщил своему начальству о 80 случаях (это лишь в одном госпитале, читатели!) паралича, возникшего у детей после прививки комбинированной вакциной против дифтерии и коклюша, доктора

решили эту информацию «придержать», понимая насколько она осложнит проведение кампании против дифтерии, под нелепым предлогом необходимости… проследить за восстановлением здоровья жертв прививок. Паралич у некоторых детей прошел в течение года, а некоторые так и остались парализованы[559]. Тот же самый д-р Марлин опубликовал в научном журнале свои наблюдения за 17 случаями полиомиелита, развившегося в течение 28 или менее дней после прививок, причем двое из пострадавших получили прививку против одной лишь дифтерии, а еще пять – комбинированную вакцину от дифтерии и коклюша[560]. Вслед за ним опубликовали аналогичные наблюдения д-р Мак-Клоски из Мельбурна и д-р Джеффен из Лондона. Мак-Клоски изучил 340 случаев заболевания, которое было диагностировано как полиомиелит, и обнаружил, что в 31 случае за три или менее месяцев до его начала заболевший получал прививку, и паралич развивался именно в той конечности, в которую делалась прививка. Джеффен решил относить к прививочным только те параличи, которые случились в течение четырех недель после вакцинации и только в той конечности, в которую делалась прививка. Он изучил все зарегистрированные в Лондоне с начала 1949 г. у детей младше пяти лет 182 случая полиомиелита, и обнаружил 32 таких заболевших. В 21 случае для прививки использовалась комбинированная вакцина с дифтерийным и коклюшным компонентами, в 8 – один лишь дифтерийный анатоксин, в остальных – одна коклюшная вакцина[561]. Хотя Министерство здравоохранения Англии пыталось преуменьшить значение этих публикаций, они вызвали общественную бурю, и министерство было вынуждено назначить собственное расследование. В отчете, подготовленном проф. Хиллом и д-ром Ноуэлденом и опубликованном в «Британском медицинском журнале» 1 июля 1950 г., было заявлено, что во время вспышки полиомиелита в 1949 г. были и такие случаи, когда паралич возникал в течение месяца после сделанной прививки. После этого в некоторых городах Англии прививки против дифтерии и коклюша, начиная с июля, были временно прекращены.

Кроме смертей и параличей указывались и иные осложнения дифтерийного анатоксина, которые при всем желании нельзя назвать безобидными. Так, д-р Мерсер из Вест Юниона (Айова), прочитав сообщение д-ра Джесси Герстерли о внезапной смерти ребенка от

острого нефрита, последовавшего вслед за прививкой дифтерийного токсина[562], решил исследовать, как почки реагируют на эту прививку. Из опубликованных им результатов явствовало, что у 27 из 125 детей (то есть у 20 %) в возрасте от 6 до 20 месяцев, получивших прививку, была обнаружена альбуминурия – появление белка в моче, тогда как до прививки она имелась лишь у 13 (10 %) из них. Заключение: «Многие выглядящие здоровыми дети имеют альбуминурию» и «Прививка токсина-антитоксина удвоила число страдающих от альбуминурии»[563].

Наличие осложнений прививок, содержащих дифтерийный анатоксин, признавалось и в СССР. Правда, лишь в кулуарах. В 1971 г. в материалах контролеров ГНИИСКа сообщалось: «…За ряд лет в контрольный институт поступили сведения о 20 детях, умерших после прививок АКДС, дифтерийно-столбнячным и дифтерийным анатоксинами…»[564]. Или вот цитата из письма М. Я. Студеникина (академика РАМН, директора Института педиатрии РАМН) в Комитет вакцин и сывороток: «Сотрудники института клиники НИИ педиатрии АМН СССР на протяжении многих лет (с 1965 г.) занимаются изучением поствакцинальных осложнений, поствакцинальной патологии. Клинические формы ее разнообразны: от незначительных местных реакций до тяжелых аллергических и неврологических осложнений. Именно вакцина АКДС, в меньшей степени АДС-М-анатоксин, дают наибольшее число осложнений, нередко тяжелых… Большой процент детей освобождается от дальнейшей вакцинации из-за развития поствакцинальных реакций и тяжелых осложнений…»[565].

Поскольку сегодня дифтерийный анатоксин вполне предусмотрительно вводят в состав поликомпонентных вакцин, то часто трудно выделить связанные именно с ним побочные эффекты. Однако они, несомненно, существуют.

«Все вакцины, содержащие дифтерийный анатоксин, относительно безопасны и не дают тяжелых осложнений, но все же последние возможны. Что касается АКДС-вакцины, то при ее введении осложнения обусловлены коклюшным компонентом. Среди всех вакцин наименее реактогенными считаются АДС-М и ДТ-Адюльт»[566]. Естественно, возникает вопрос, что именно позволяет так уверенно списывать осложнения на коклюшный компонент, в то время как имеются сведения об осложнениях после введения других «относительно безопасных» вакцин с дифтерийным анатоксином, но не

будем на этом останавливаться. Поскольку в дальнейшем я более не вернусь к АДС-М анатоксину, которым планово прививают детей в шесть лет, подростков и взрослых, а также тех детей, у кого развились сильные общие реакции на вакцину АКДС, то лишь отмечу, что уже была продемонстрирована его очень низкая эффективность. Всего через год после прививки оказалось 20,1 % «незащищенных», через 2 года – 35,5 %, через 3 года – 80,1 %[567].

«Частота возникновения и выраженность реакций на дифтерийный анатоксин определяются как индивидуальной реактивностью, что может быть равнозначно наличию остаточного иммунитета, так и дозой вводимого дифтерийного анатоксина»[568]. Поскольку наличие «остаточного иммунитета» перед прививками не проверяется, то возможность поствакцинального осложнения становится непредсказуемой. Что касается дозы, то исследователями неоднократно указывалось на то, что возможность ее стандартизации даже в теории вызывает немалые сомнения; на практике же эта доза может разниться в десятки раз не только между производителями, но в разных сериях и даже в одной серии одного и того же производителя. Особенно опасным становится такой разнобой, когда речь идет о потенциально смертельных токсинах.

«АД-М анатоксин является одним из наименее реактогенных препаратов. У отдельных привитых в первые двое суток могут развиться кратковременные общие (повышение температуры, недомогание) и местные (болезненность, гиперемия, отечность) реакции. В исключительно редких случаях могут развиться аллергические реакции (отек Квинке, крапивница, полиморфная сыпь), незначительное обострение аллергических заболеваний. Учитывая возможность развития аллергических реакций немедленного типа у особенно чувствительных лиц, за привитыми необходимо обеспечить медицинское наблюдение в течение 30 минут. Места проведения прививок должны быть обеспечены средствами противошоковой терапии. Лицам, давшим на введение АД-М анатоксина тяжелые формы аллергических реакции, дальнейшие плановые прививки препарата прекращают»[569].

Таким образом, даже считающийся наименее реактогенным препарат дифтерийного анатоксина способен вызывать все те же реакции, которые вызывают и другие вакцины, и даже привести к

анафилактическому шоку. В связи с этим хотелось бы узнать, каким количеством жертв постпрививочных осложнений заплатило население стран СНГ за кампанию по массовому прививанию. К сожалению, таких сведений мне обнаружить не удалось. Единственные, ставшие мне известными цифры, следующие: «По данным ГИСК им. Л. А. Тарасевича, за 3 года поступили сведения только о 78 случаях поствакцинальных осложнений, в том числе и о 8 случаях с летальным исходом. В 17 случаях (из них 7 случаев с летальным исходом) заключение о развитии поствакцинального осложнения было неправильным, так как причиной развившейся неврологической симптоматики были различные интеркуррентные заболевания, совпавшие по времени с проведенной прививкой. Не было зарегистрировано ни одного случая поствакцинального энцефалита»[570]. Кто бы сомневался, что всегда найдется такая случайно случившаяся случайность, как интеркуррентное заболевание, на которое можно будет списать смерть или увечье от прививки, благо судьи – сами же обвиняемые. Так или иначе, но цифра в 78 осложнений за три года ничего, кроме удивления, вызывать своей не в меру примитивной лживостью не может. Вероятно, это реальное количество серьезных осложнений для одного округа Москвы за один год усиленного прививания, но уж никак не для всей России за три года! В материалах доклада РНКБ приводятся примеры того, как создавалось такое благополучие: «12 октября 1993 года в одном из НИИ, принадлежащих Госкомитету по санэпиднадзору, по приказу директора проводилась вакцинация «против дифтерии». Правда, препарат почему-то состоял из двух анатоксинов – АДС. Из 170 человек на прививку явились 27. У семи были осложнения, причем у троих – тяжелые, с вызовом «скорой». В результате: весь институт числится в группе «охваченных», про осложнения рекомендовано забыть, поскольку они нигде не зафиксированы. Одной из заболевших выдан больничный лист с первичным диагнозом «межреберная невралгия, осложнение на АДС», а заключительным – ОРЗ»[571]. Комментарии излишни.

Эффективность

Как долго длится прививочный иммунитет? Приятно говорить о том, что «курс вакцинации обеспечивает формирование специфического иммунитета против дифтерии более чем у 95 %»[572], но эта цифра ничего не стоит, если через краткий срок этого иммунитета уже не обнаруживается. Напомню, что этот «курс вакцинации» – три прививки, каждая с ртутью, формальдегидом и алюминием и с отсроченными эффектами, которые никогда не изучались. Ответить на вопрос о длительности вакцинального иммунитета недавно пробовали в тщательно прививаемой Швеции, где был изучен уровень антитоксина в сыворотке крови у 457 детей в возрасте 6,10 и 16 лет. Все эти дети получили три дозы анатоксина в младенческом возрасте, а шестнадцатилетние – еще одну дозу в возрасте 10 лет, вместе со столбнячным токсоидом. Уровень ниже считающегося защитным 0,01 МЕ/мл имели 15 % шестилетних детей, 48 % (!) десятилетних и 24 % шестнадцатилетних. После того, как все дети получили дополнительную прививку, «защитным» уровень стал у 97 %. «Системные реакции были малочисленными и умеренными. Местные реакции почти не имели клинического значения»[573]. Таким образом, каждый шестой-седьмой шестилетний и почти каждый второй десятилетний не были, по прививочным меркам, защищены. Это подтверждают и российские прививатели: «По данным одного исследования, иммунитет утрачивается через 1 год у 10 % детей, через 3–13 лет – у 67 % и через 14–23 года – у 83 %. В других исследованиях было показано, что через 1 год после введения трех доз АКДС-вакцины иммунитет утрачивали от 25 до 37 % детей или титры антител снижались в 4–5 раз»[574]. Значит, прививки требуются снова и снова… Но сколько же их, на самом деле, требуется, чтобы считать себя защищенным? Да и эффективны ли прививки вообще – не в образовании антител, а в реальной защите от дифтерии?

Хотя в СССР иммунизация детей дифтерийным анатоксином, включавшая в себя три прививки, началась в разных районах уже в 1935 г., а в 1940 г. была объявлена обязательной, непохоже, судя по данным российских авторов, чтобы это привело к сколько-нибудь ощутимым результатам. Более того. «Повторные ревакцинации в 4 и 8

лет в СССР были введены в 1947 г., однако эти меры существенно не повлияли на заболеваемость, так как прививки проводились не повсеместно»[575]. Если бы авторы здесь уточнили, что это не повлияло на заболеваемость в тех местах, где прививки не проводились, то в этом была бы логика. Однако если ни вакцинации, ни ревакцинации никак не влияют на заболеваемость *во всей стране* до тех пор, пока они не становятся повсеместными, то единственный возможный здесь логичный вывод, что прививки не обеспечивают никакой защиты, а тогда и нет никакого смысла добиваться их повсеместности. Заболеваемость дифтерией составляла в СССР в 1939–40 гг. 114–117 человек на 100 000 населения. В 1955 г. этот показатель равнялся 93[576]. Сравните это с показателем 30 (!) в большинстве северных и центральноевропейских стран в 1938 г. *без прививок,* и с показателем 3 в США при лишь 50 %-ном «охвате» детей прививками от дифтерии[577]. Само собой разумеется, единственно возможный вывод вакцинаторов: «Основная причина этого заключалась в недостаточном охвате прививками детского населения…»[578]. Однако когда «охват» оказывался достаточным, более чем достаточным и даже сверхдостаточным, но при этом привитые все равно заболевали, на помощь вакцинаторам приходили всякие вредоносные факторы, мешавшие прививкам выполнять их благородное предназначение. Вот, например, что повествуется о вспышке дифтерии в Керчи, продолжавшейся с октября 1959 по конец марта 1960 г. Сообщив, что было зарегистрировано 200 заболевших и 381 бактерионоситель (двое заболевших в самом начале вспышки умерли), авторы начинают выкручиваться: «Анализ качества противодифтерийных прививок у 143 заболевших детей показал, что больше половины из них были привиты неполноценно»[579]. Итак, из 200 заболевших *как минимум* 143 были привиты (как минимум – потому что не указывается, все ли 200 заболевших были дети; возможно, было 20–30 привитых взрослых?). Недурной же показатель эффективности! Но что такое «неполноценно», кто это определил и как? Это недополученные прививки? Это неправильно проведенные прививки – например, просроченной вакциной? Нет, это совсем другое! Самому сметливому читателю ни за что не догадаться, как связано «качество противодифтерийных прививок» и те объяснения, что следуют дальше: «Для выявления причин, которые могли бы оказать влияние на снижение прививочного

иммунитета, нами была проанализирована заболеваемость детского населения города различными другими инфекциями на протяжении последнего года. При этом оказалось, что вспышке дифтерии предшествовало начало подъема заболеваемости корью, скарлатиной и ангинами. Клиническое течение дифтерии характеризовалось большим количеством токсических и субтоксических форм на протяжении всей вспышки (свыше 30 %). Кроме того, обращал на себя внимание значительный процент ранних осложнений в виде миокардитов, в том числе у больных катаральной и локализованной формами дифтерии. Учитывая, что среди заболевших преобладали дети, привитые против дифтерии, столь тяжелое клиническое течение заболевания следует, по-видимому, объяснить, с одной стороны особенностями возбудителя, и, с другой стороны, возможно, это явилось результатом проявления гиперергической реакции организма заболевших. В этом отношении обращает на себя внимание значительное распространение во время вспышки стрептококковых инфекций (скарлатины и ангин), которые, по данным ряда авторов… могут обладать выраженными сенсибилизирующими свойствами. Кроме того, необходимо иметь в виду возможность синергизма возбудителей…»[580].

Конечно, вся эта пустая наукообразная болтовня об «особенностях возбудителя» и «синергизме возбудителей» (прямо-таки заговор против вакцинаций! жаль, к ответственности привлечь некого…) призвана была скрыть факт позорного провала прививок. В самом деле: если ты был привит, а потом переболел чем бы то ни было, хоть чумой или черной оспой, но впоследствии не заболел дифтерией, то все ясно: тебя привили правильно. Но если после прививки дифтерия тебя все же скосила, то на помощь вакцинаторам своевременно приходят «синергисты» – разные ангины-скарлатины, которые превращают прививки в «неправильные», а с таковых законно и спросу нет. Вот более позднее сообщение, упорно гнущее ту же самую универсальную линию «правильных» и «неправильных» прививок (читатели помнят ложную и истинную оспы Дженнера?): «Летальные исходы чаще отмечались у детей, которым не была сделана прививка или сделана неправильно. По данным Т. В. Дурасовой, за последние 12 лет показатели летальности составили у детей с правильной прививкой – 1,9 %, не имевших прививки – 5,2 %, а с незаконченными прививками – 5,8 %»[581].

Однако оставим пока что прививочную «правильность» со всеми ее очень свободными толкованиями в стороне. Если эти цифры верны, то напрашивается парадоксальный на первый взгляд вывод, что лучше вообще не делать прививок, чем делать их, а потом «не закончить». И что такое, интересно, «незаконченные»? Что помешало их закончить? Сама случившаяся дифтерия? Болезни, которые ребенок получил после первых прививок? Быть может, этих детей *вообще* нельзя было прививать – они изначально были слабыми и больными, а их начали прививать и довели до такого состояния, что закончить нельзя было уже при всем желании, не рискуя немедленно отправить ребенка в могилу? И именно вследствие сенсибилизации «незаконченными» прививками к дифтерийному токсину дети стали более подверженными этой болезни? Ответов на эти вопросы нет, а без них все рассуждения о большей или меньшей заболеваемости и смертности у привитых или непривитых бессмысленны. Могу также высказать предположение относительно меньшей смертности у «правильно» привитых – несмотря на полученные дозы вакцин, дети оставались в целом здоровыми, что и позволило закончить курс прививок. Скорее всего, они не заболели бы дифтерией в тяжелой форме и без всяких прививок.

«При изучении причин заболеваемости детей, имеющих прививку, отмечено, что перенесенные после прививок различные инфекционные заболевания снижают иммунитет к дифтерии. Следует подчеркнуть, что причиной летальных исходов у детей, получавших прививку, является перенесение каких-либо из инфекционных заболеваний. Поэтому изучение напряженности противодифтерийного иммунитета должно проводиться у каждого привитого после перенесения инфекционного заболевания, особенно кори, гриппа и т. д.»[582]. Известно, что *сами прививки* подавляют на немалый срок функции иммунитета (об этом я уже писал в главе «Прививки: основные проблемы»). Значит, получив прививку, ребенок рискует теми «различными инфекционными заболеваниями», которые, согласно процитированным выше утверждениям, сделают ее неэффективной. Получается замкнутый круг. Без прививок, согласно заявлениям их адвокатов, невозможно защититься от дифтерии, а сами прививки увеличивают шанс заболевания, которое сведет на нет все прививочные блага и сделает дифтерию потенциально смертельной, расстроив выработку интерферона и нарушив работу других иммунных систем, не говоря

уже о возможности заражения, на фоне подавления иммунитета, другими, более «приятными» болезнями, нежели дифтерия[583]. Что же касается необходимости изучения «напряженности иммунитета» привитого после перенесения любого инфекционного заболевания, то ясно, что с экономической точки зрения это утопия, если не сказать откровенная чушь, не заслуживающая даже обсуждения. Весь бюджет здравоохранения должен был бы уходить на одни бесконечные серологические анализы. Единственным приемлемым методом массового скрининга является проба Шика, известная своей неточностью «в каждом отдельном случае» и сама по себе лишний раз сенсибилизирующая к дифтерийному токсину. А вот еще одно объяснение, почему прививки не спасают от дифтерии: «Известны случаи повторных заболеваний дифтерией, даже у ранее привитых детей, возникающие в течение первых 5 лет, но иногда и через 6–12 месяцев. Случаи повторных заболеваний связывают с… патологией иммунной системы, обусловленной наследственными дефектами»[584]. Наследственные дефекты – это, конечно, серьезно. Претензии остается предъявлять только к родителям, но никак не к прививкам. И самое главное, что никто толком не знает, что же именно представляют собой эти злокозненные наследственные дефекты, не дающие вкусить от прививочных благ. Ясно лишь одно – они есть у тех, кто, несмотря на прививки, заболевает дифтерией. В противном случае никаких наследственных дефектов нет.

Сообщения о летальных исходах дифтерии у привитых (даже «правильно» привитых) детей явно противоречат таким, например, бьющим оптимизмом утверждениям, как «У привитых заболевание протекает в легкой, неопасной для жизни форме»[585]. Однако это случай слишком примитивного и легко изобличимого вранья, годного разве что для прививочного агитширпотреба уровня настенных плакатов в детских поликлиниках. На теме тяжелых форм дифтерии у привитых я хотел бы остановиться особо, так как эпидемия 1990-х годов заставила вакцинаторов обсуждать ее если не на публике (которой подавалось и подается всегда лишь одно: если тяжело заболел или умер с прививками, значит мало было прививок, или прививки были «неправильными», или предательский удар нанесли наследственные дефекты), то хотя бы в профессиональной литературе, ибо скрывать факты стало невозможно. Узбекский автор, сообщив о

том, что в их стране с 1990 по 1996 г. было зарегистрировано 1227 случаев, 142 (11,6 %) из которых закончились летально, уточняет: «Из общего числа полностью иммунизированных против дифтерии у 7,1 % заболевание закончилось летально. Необходимо отметить, что прямую корреляционную связь между показателями летальности нам установить не удалось. Это положение свидетельствует о других факторах, оказывающих влияние на степень летальности, в их числе своевременность выявления и оказания квалифицированной медицинской помощи, наличие преморбидного фона и сопутствующих заболеваний и др.»[586]. А вот что пишут российские авторы: «Известно, что вакцинация не гарантирует от заболевания дифтерией; она существенно уменьшает риск развития тяжелых форм и летальных исходов, но не исключает их. Наши наблюдения подтверждают, что у привитых взрослых встречаются не только токсические формы дифтерии, но и смертельные исходы… Дифтерия у привитых клинически и морфологически сохраняла типичные черты и существенно не отличалась от проявлений болезни у непривитых. У привитых не исключено развитие тяжелых форм, как токсических, так и комбинированных с поражением дыхательных путей вплоть до развития нисходящего крупа. Летальные исходы болезни у привитых преобладали у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом и в редких случаях наблюдались у людей без выраженной сопутствующей патологии… Среди 1045 взрослых (1994 г.), лечившихся от дифтерии в стационаре, 47,8 % (500 человек) составили привитые, у подавляющего большинства которых – 86,6 % – зарегистрированы локальные формы. Однако у 13,4 % привитых имели место распространенные токсические формы дифтерии с летальными исходами»[587]. Но болеют, будучи привитыми, не только взрослые. Так, коллектив специалистов из Астраханской медицинской академии представил два случая токсической дифтерии ротоглотки III степени у полностью привитых детей (один из них закончился смертью, другой – выздоровлением, хотя и с остаточными явлениями в виде полинейропатии). В статье сообщается: «Данные наблюдения иллюстрируют развитие токсической формы дифтерии ротоглотки III степени с благоприятным и летальным исходом у детей, получивших прививки АДС-М анатоксином и АКДС-вакциной, что отличается от общепринятого мнения о более легких

вариантах течения заболевания у этих детей, хотя в данных случаях нельзя исключить иммунодефицитное состояние…»[588].

Однако это лишь отдельные, хотя и весьма показательные наблюдения. Авторский коллектив из 25 человек из санкт-петербургского НИИ детских инфекций во главе с проф. В. Ивановой выпустил в 2000 г. сборник трудов по дифтерии. В этом сборнике действительно собрано немало очень интересного. В одной из работ сообщается: «Клиническими наблюдениями в период эпидемической вспышки 1989–1997 гг. на базе НИИ детских инфекций было установлено, что антитоксический противодифтерийный иммунитет не всегда предохранял от возникновения не только локализованной дифтерии, но и не предупреждал развития тяжелых токсических форм заболевания. Были получены парадоксальные на первый взгляд данные о том, что привитые дети могут переносить токсическую форму заболевания, несмотря на наличие защитных титров антитоксических антител в сыворотке крови, а не вакцинированные ранее дети зачастую переносят относительно легкую форму дифтерии – локализованную. Среди наблюдаемых больных процент правильно и полностью вакцинированных по графику существенно не отличался и составил 25,6 % при локализованной и 22 % при токсической форме. Непривитых было 7,4 % и 42,6 % соответственно, то есть у непривитых детей в шесть раз чаще документирована токсическая форма дифтерии. Полученные данные согласуются с данными ряда авторов… которые говорят о том, что реализация иммунного ответа у ранее привитых детей определяется *не столько исходным уровнем антител, сколько состоянием общей иммунологической реактивности организма.* Избирательное поражение отдельных лиц дифтерией и отчетливая индивидуальность клинических проявлений болезни дают основание полагать, что помимо важности уровня антитоксических антител в крови имеют значение и факторы специфической клеточной иммунореактивности и неспецифических механизмов защиты макроорганизма»[589] (выделено мной. – *А. К.*). Итак, заболеть токсической формой дифтерии могут и привитые, и непривитые. Болеют дифтерией в основном привитые, но непривитые чаще страдают от ее тяжелых форм. Впрочем, как и при других инфекционных болезнях, можно быть уверенными, что связано это не столько с непривитостью, сколько с сопутствующими болезнями и в

целом неблагоприятной обстановкой, в которой эти непривитые живут, что подтверждают и авторы: «…Удельный вес привитых детей среди заболевших колебался от 75 до 90 %; среди последних отмечались преимущественно легкие формы, в то время как у непривитых заболевание приобретало тяжелое течение… летальные исходы регистрировались только у непривитых детей, проживающих нередко в асоциальных условиях и страдающих разнообразной соматической и неврологической патологией»[590]. Но от чего тогда зависит, суждено ли человеку заболеть легкой или тяжелой формой дифтерии? Это, по мнению авторов, определяется выработкой интерферона (ИФ): «Система ИФ-генеза не имеет ни специализированных клеток, ни тем более органов, она существует в каждой клетке, так как каждая клетка может оказаться жертвой антигенной агрессии и должна иметь систему распознавания и элиминации чужеродной генетической информации… По весомости система ИФ-генеза сравнима с системой иммунитета, а по универсальности даже превосходит ее. Именно эта универсальность ИФ делает его важнейшим фактором неспецифической резистентности. В условиях макроорганизма существует тесная взаимосвязь между интерфероновой и иммунной системами»[591]. Экспериментальные данные подтвердили: тяжесть формы дифтерии зависела от способности организма к синтезу альфа- и гамма-ИФ. «Представленные клинические и экспериментальные данные свидетельствуют о сложных взаимодействиях системы ИФ-генеза и ДТ (дифтерийного токсина. – *А. К),* и подтверждают важную роль системы неспецифической резистентности в формировании ДИ (дифтерийного иммунитета. – *А. К.*)»[592].

К чему я веду читателя? Получается, что, как ни крути, важность неспецифического иммунитета (того самого, к подавлению которого приводят прививки) в пользу антительной «накачки» умалить невозможно. Каким бы ни был уровень антител, при недостаточности неспецифической резистентности – первичного и самого важного звена иммунитета – избежать тяжелых форм болезни не удается. Что же касается высокого титра антител как универсального средства защиты от дифтерии, то в той же книге признается: «Понятие «защитный титр» антител и на сегодня остается дискутируемым, так как в процессе развития инфекционного процесса невозможно не учитывать состояния

иммунореактивности макроорганизма, вирулентные свойства возбудителя, дозу инфекта и др.»[593].

Снова цитирую советского педиатра: «По данным Е. В. Блюменталь (1967), удельный вес привитых детей среди больных дифтерией до 1956 г. составлял по Москве 86,2 %, а начиная с 1956 г. он достиг 93–94 %. Среди привитых заболевали дети, в силу каких-то обстоятельств не выработавшие после вакцинации иммунитета и главным образом те, у которых он истощился, и содержание анатоксина у них снизилось ниже защитного уровня. Возможно, что у некоторых из них имелось какое-то иммунодефицитное состояние. У детей с истощившимся прививочным иммунитетом при инфицировании токсигенными дифтерийными бактериями, как мы допускаем, происходила быстрая продукция анатоксина по тому же механизму, как и при ревакцинации… Так можно объяснить значительно более легкое течение дифтерии у большинства привитых»[594]. Это объяснение сгодилось бы, не будь перед глазами как старых, так и современных врачей многочисленных примеров, когда ранее переболевшие дифтерией снова ею заболевали и даже от нее умирали, и никакой анамнестической «быстрой продукции анатоксина» у них не происходило. Преобладание же легких форм дифтерии как у привитых, так и у непривитых можно отнести скорее за счет в целом снизившейся во второй половине XX в. вирулентности болезни, а также укрепления здоровья людей благодаря лучшей санитарии и лучшему питанию. Рискну предположить, что не будь прививок и связанной с ними постоянной иммуносупрессии и сенсибилизации, мы бы видели еще меньше токсических форм у не отягощенных алкоголизмом и не страдающих от недоедания и тяжелого авитаминоза.

Есть и другие проблемы, связанные с планами попыток прививочного уничтожения дифтерии. Вот, например, что заявлял работник Минздрава УССР в то самое время, когда власти торжествовали значительное снижение заболеваемости дифтерией: «Постановка вопроса о ликвидации ее (дифтерии. – *А. К.*) возможна только при почти 100 % охвате детского населения в возрасте до 12 лет профилактическими прививками»[595]. Ему вторили коллеги, вновь и вновь повторяющие беспроигрышный тезис о «неправильных прививках»: «В городах с низкими показателями заболеваемости (Харьков, Донецк, Макеевка, Полтава и др.) доведение дифтерии до

единичных случаев может быть достигнуто только после того, как каждый ребенок будет своевременно и полноценно привит в первый год жизни, если в дальнейшем он будет своевременно ревакцинироваться не только в положенные для ревакцинации сроки, но и с учетом причин, снижающих его иммунитет. Имеющиеся в нашем распоряжении данные свидетельствуют о том, что, хотя большая часть заболевших дифтерией в крупных городах числится полноценно привитой, все они к моменту заболевания потеряли иммунитет. Значительная часть из них потеряла иммунитет в результате перенесенных заболеваний, таких, как корь, коклюш, частые катары верхних дыхательных путей. Нередко ребенок считается полноценно привитым, следовательно, иммунным, хотя прививался вскоре после перенесенных заболеваний, препятствующих полноценной выработке иммунитета»[596].

Понятно, что «почти 100 %» и «каждый ребенок» могут существовать только в воспаленном воображении и победных реляциях вакцинаторов, потому что всегда были, есть и будут разумные родители, отказывающиеся от прививок[597]. Точно так же были, есть и будут врачи и медсестры, оформляющие – по доброте душевной или небескорыстно – фиктивные документы о сделанных прививках своим и чужим детям, но самое главное – всегда были, есть и будут дети, имеющие бесспорное право на отвод от прививок по медицинским показаниям, а множащиеся из года в год прививки вкупе с низким уровнем жизни населения увеличивают их число. Значит, «вопрос о ликвидации» не может быть поставлен никогда? Правда, чиновник тут же уточнил: «Опыт медработников Ленинграда показал, что радикальное воздействие на эпидемический процесс может быть достигнуто при создании иммунитета у 95 % детей прививаемых возрастов»[598]. Что ж, если не ликвидация, так пусть будет хоть «радикальное воздействие». Но как это увязать с утверждением *в том же докладе на следующей странице:* «Известно, что даже при правильно проводимых прививках мы не можем создать иммунитет у 10–12 % прививаемых»?[599] Откуда тогда могут взяться 95 % «иммунных» детей, если даже при выглядящем совершенно фантастическим соблюдении абсолютно всех условий (будут прививаться все дети; решительно все без исключения прививки будут «правильными» – никто из детей, как заговоренный, не заболеет никакой инфекционной болезнью, способной свести на нет пользу

прививки; не будет никаких проблем с качеством вакцин) эта цифра не может быть достигнута по определению, лишь в силу биологических законов? У взрослых же, согласно данным недавнего российского исследования, иммунитет и по прививочным меркам невозможно создать у 19,1 % прививаемых (то есть почти у каждого пятого) – у них образуются «дефектные», неспособные к защите от дифтерийного токсина антитела[600]. Кроме того, уже через год или два (какие там десять лет!) 7–8% привитых вновь становятся «незащищенными»[601]. Так в чем смысл массового прививания и борьбы за создание несуществующего коллективного иммунитета, когда в среднем каждый шестой-седьмой прививаемый кроме вреда от прививки ничего не получает, а вполне ощутимый процент привитых уже через год-другой возвращается к status quo ante?

Мало того. Автор сравнительно недавней российской кандидатской диссертации проверила 190 детей в возрасте от 3 месяцев до 1 года с увеличением вилочковой железы – тимомегалией, и их реакцию на прививку АКДС: «Известно, что АКДС-прививка *даже у здоровых детей* не только создает специфический иммунный ответ, но и *вызывает в организме аллергическую перестройку, снижение неспецифической резистентности… Дети с измененной реактивностью из групп риска реагируют на АКДС-вакцинацию длительным угнетением резистентности, развитием поствакцинальных осложнений, неполноценным иммунным ответом, высокой заболеваемостью…* Показано, что прививки АКДС (с первой по третью) у большинства детей первого года с увеличением тимуса 1 ст. вызывали осложненное течение вакцинального процесса – аллергические осложнения, ОРЗ с отсутствием реакции или низким иммунным ответом на дифтерийный и коклюшный антигены, увеличение тимуса до 2–3 степени. *Итогом трех прививок стало фактическое отсутствие иммунитета к коклюшу, с низким противодифтерийным и высоким противостолбнячным (оппозитивный тип реагирования) иммунитетом*»[602] (выделено мной. – *А. К.*). Должен ли высокий титр антител к столбнячному токсину (при том, что до достижения 2–3 лет среднестатистический ребенок вряд ли имеет даже теоретический шанс заразиться столбняком) компенсировать угнетение иммунитета, непрерывные болезни в младенческом возрасте и фактически полное отсутствие

прививочной защиты против тех самых коклюша и дифтерии, которым так любят пугать молодых родителей в детских поликлиниках, навязывая им АКДС? Данные более позднего исследования подтвердили, что после прививки АКДС антитоксические антитела к дифтерийному токсину у детей с тимомегалией не вырабатываются вообще или вырабатываются в недостаточном количестве. При этом, как сообщают авторы, «тимомегалия в популяции детского населения в некоторых регионах регистрируется у каждого третьего ребенка»[603]. Если все это правда, то уместно задать вопрос, на чем же тогда основаны данные постоянно проводимых «выборочных проверок напряженности иммунитета», показывающих замечательные защитные титры у привитых и ревакцинированных детей? В эти исследования каким-то чудесным образом никогда не попадают дети с тимомегалией, или же публикуемые результаты – обычное прививочное очковтирательство, под стать «необходимому охвату» в 95 %?

Нет смысла говорить об эффективности прививок в тех странах, где дифтерия давно уже стала редкостью. Хотя процент имеющих прививочный иммунитет взрослых в западноевропейских странах традиционно был не слишком велик – даже при самых щедрых допущениях ниже не только «защитных» ВОЗовских 95 %, но даже 80 %[604], дифтерия туда не перекинулась – при том, что границы никто не закрывал и санитарных карантинов не устраивал. За 1990-е гг. финны, неравнодушные к тем благам, которые запрещены или дороги у них на родине, не убоялись совершить 6 млн поездок в страдающую от дифтерии Россию, в основном в Санкт-Петербург. В результате дифтерией заболело… аж 10 человек, причем двое, вернувшись домой, заразили двоих детей (вероятнее всего ранее привитых, что можно легко предположить, зная прививочную истовость финнов, которая им ныне очень дорого обходится – см. главу о кори). Из этих десяти четверо заболели дифтерией в тяжелой форме, двое скончались. «Все заболевшие тяжелой формой дифтерии имели в России непосредственный контакт со слюной» (оставляю читателям самим догадаться, что это означает). Кроме того, 91 финский медик контактировал с больными дифтерией. Никто из медиков даже не инфицировался (определено бактериологическим анализом)[605]. Это еще не считая визитеров из России в Финляндию. Так отчего же дифтерии избежали нормальные, сытые страны? Ведь и там лишенные

прививочной защиты взрослые должны были, по стандартным прививочным теориям, непременно стать ее жертвой? Вопрос скорее риторический – ответ ясен.

Давайте теперь посмотрим на то, как прививки спасали россиян. Хотя публике усердно промывали мозги рассказами о том, что всему виной вредители из СМИ, давшие трибуну борцам с прививками, которые и настроили народ против парентерального счастья и этим спровоцировали наступление дифтерии, специалисты на своих совещаниях признавали, что проблема как минимум не только в нежелании прививаться. Сам прививочный божок в очередной раз дал маху. Вот, например, такое признание: «Высокий удельный вес (70 %) заболевших привитых детей ставит под сомнение качество применяемых вакцин и схем иммунизации…»[606]. Или: «Из 19 больных, зарегистрированных за последние 2,5 года, было 9 детей (в том числе 7 детей, получивших полный курс профилактических прививок) и 10 взрослых (среди последних вакцинированы были только двое)»[607]. Другое сообщение: «Каждый третий ребенок, заболевший дифтерией, не был вакцинирован. Наиболее высокие показатели заболеваемости (4,1 на 100 тыс. детей) были зарегистрированы в возрастной группе 7–10 лет, что свидетельствует о наибольшей интенсивности эпидпроцесса у детей этого возраста… Число непривитых детей среди всех заболевших детей варьировало от 20 % в группе 7–10 лет до 62 % в возрасте до 3 лет»[608]. Значит, две трети заболевших были привиты, а наибольший процент заболевших привитых (80 %) был именно в той группе, в которой эпидпроцесс был особенно интенсивен, не так ли? А вот что сообщали из Беларуси: «Из общего числа детей, заболевших в 1992–93 гг. (36 человек) ранее привиты против дифтерии были 24 человека, а из 12 непривитых две трети (8 человек) были непривиты по медпоказаниям. Из 67 заболевших взрослых ранее привиты были лишь 19 человек, то есть 28,4 %»[609]. Сходная картина была и на Украине: «…Эпидемиологические наблюдения выявили довольно высокую частоту заболеваний у взрослых, привитых однократно и двукратно. Серологические исследования в более отдаленные сроки после прививок показали, что защитных титров антител не имели 57 % привитых однократно и 66 % двукратно привитых. В связи с тем, что при проведении иммунизации взрослых использовались препараты

многочисленных серий и при повторном введении вакцины четкой схемы интервалов не соблюдалось, дать объяснение столь неэффективного результата вакцинации взрослых невозможно»[610]. Вот так. Когда привитые не болеют – их, само собой, защищают прививки, даже если их делают препаратами многочисленных серий и без соблюдения четкой схемы интервалов. Когда привитые болеют – «дать объяснение невозможно». Как говорится, «есть многое на свете, друг Горацио…». Кстати, на Украине дотошно проверили свои вакцины и прививочную историю заболевших. В 1992 г. были изучены истории у 262 заболевших с января по октябрь в возрасте младше 15 лет. На основании изучения титра антител оказалось, что прививки вакциной, привезенной из России, были эффективны у 98,2 % (!) заболевших, а в контрольной группе – лишь у 84,2 %. На основании этих данных были отвергнуты 5 гипотез о причине эпидемии, как-то: 1) появление нового токсигенного штамма возбудителя; 2) низкая эффективность российской вакцины; 3) низкое качество существующей «холодовой цепи»; 4) недостаточная восприимчивость прививаемых к вакцинам вследствие чернобыльской радиации и 5) *малый прививочный «охват» детей* (выделено мной. – *А. К.*)[611].

Но честное обсуждение всех этих трудностей в объяснении того, что было вполне очевидно для непредубежденного наблюдателя, оставили для закрытых совещаний и последующих публикаций в периодике для специалистов. В прессе же, на радио и на телевидении объяснение было, там кричали: всему виной – отсутствие прививок! нам надо больше прививок! даешь прививки! И прививки действительно раздавались щедрой рукой, всем, кому нужно и не нужно (повторюсь: примерно у каждого десятого ребенка и у каждого пятого взрослого прививка от дифтерии совершенно бесполезна даже по меркам вакцинаторов, оставляя в стороне все другие соображения). «Согласно постановлению Главного государственного санитарного врача… с целью снижения заболеваемости органами практического здравоохранения проведена большая работа по иммунизации взрослого населения. В 1996 г. были привиты более 5 млн взрослых; охват прививками взрослого населения России составил 82 %»[612].

На графике, приведенном в недавней книге российского авторского коллектива, показаны «заболеваемость и своевременность охвата прививками населения Российской Федерации». Заболеваемость на

100 000 населения, согласно графику, была следующей: 1992 – 2,6; 1993 – 10,3; 1994 – 26,8; 1995 – 24,1; 1996 – 9,3; 1997 – 2,7; 1998 – 1,0. Последние годы заболеваемость держится на уровне 0,5–0,6. «Своевременность охвата» начинается лишь с 1995 г. – сколько было привито до того, остается неизвестным. Выглядит своевременность в процентах следующим образом: 1995 – 77,8; 1996 – 83,7; 1997 – 87,5; 1998 – 91,3… 2001 – 95,4. Если учесть, что до начала эпидемии «охват», как было указано выше, равнялся 73 %, то 77,8 % в 1995 году, в котором началось снижение заболеваемости, не выглядят очень впечатляющими. Равно как и 83,7 % в 1996 г., когда заболеваемость упала уже до 9,3 % – скорее всего, просто в результате естественного спада эпидемии, о чем будет сказано ниже.

Обратимся к странам СНГ и Балтии, на которые дифтерия распространилась из России. Нет необходимости утомлять читателя цитатами из написанных словно под копирку статей, опубликованных в одном европейском журнале, в которых излагается стандартная схема: недостаточный прививочный «охват» – › эпидемия дифтерии – › героические усилия по прививанию населения – › ликвидация дифтерии. Посмотрим на продолжительность эпидемий.

Азербайджан – 1993–1996[613], Армения – 1994–1996[614], Беларусь – 1992–1997[615], Грузия – 1993–1997[616], Казахстан – 1993–1996[617], Киргизия – 1994–1998[618], Латвия – 1994–1997[619], Литва – 1993–1996[620], Молдова – 1994–1996[621], Россия – 1991–1996[622], Таджикистан – 1993–1997[623], Узбекистан – 1993–1996 гг.[624], Украина – 1991–1997[625], Эстония – 1993–1996[626].

Я не претендую на абсолютную точность в определении сроков эпидемии во всех республиках бывшего СССР, поскольку подчас даже сами авторы статей не могли сказать, какие цифры заболевших следовало считать эпидемическими, а какие «нормальными» и, следовательно, когда именно эпидемия началась, а когда закончилась. Однако хочу обратить внимание читателей на следующее. Во всех странах СНГ и Балтии эпидемия длилась не менее трех лет в самом лучшем случае, при этом вне всякой зависимости от того, насколько интенсивно с ней боролись с помощью прививок, а в среднем продолжалась примерно четыре-пять лет. То есть длилась примерно *столько же, сколько длились и заурядные дифтерийные эпидемии в допрививочную эру.* Вот если бы где-то покончили с дифтерией, скажем,

за год-полтора, благодаря тотальному прививанию всего живого, то можно было бы поверить, что вакцинации на самом деле сыграли какую-то роль. Но при нормальной длительности эпидемии – за что же кланяться прививкам? За то, что, как всегда со времен Дженнера, «без них было бы еще хуже»? Прививки от дифтерии, как известно, не предотвращают ни циркуляции возбудителя, ни инфицирования им. Максимум, на что они способны даже по прививочным теориям, это защитить организм привитого от дифтерийного токсина. А судя по длительности эпидемий в упомянутых выше странах, они и с этим не справились. Иначе эпидемии прекратились бы значительно раньше, и не заболевали бы привитые.

Журналист, интервьюировавший начальника Главного санэпид-управления МЗ Украины А. Моисееву, сказал, что «на основании сравнения данных по заболеваемости дифтерией у меня сложилось впечатление, что массовая иммунизация, проведенная в семи регионах, оказалась, мягко говоря, малоэффективной». Люди там продолжали заболевать дифтерией и умирать от нее, при этом и привитые, заболеваемость росла. На это последовало следующее возражение: «Вы ошибаетесь. Если бы мы не провели массовую иммунизацию в этих регионах, то, по имеющемуся у нас прогнозу специалистов, там был бы рост заболеваемости в 5–10 раз. Есть убедительный пример. Когда началась эпидемия дифтерии в Хмельницком, а анатоксина не было, то на следующий год мы имели рост заболеваемости в 20 раз. Поэтому мы считаем, что нам удалось сдержать эпидемию в этих семи регионах». А как определили, что надо было ждать увеличения именно в 5–10 раз? Да очень просто, растолковала журналисту А. Моисеева. Взяли линейку, приложили к графику заболеваемости… вот и увидели! Еще лучшее объяснение провала прививок и заболеваемости привитых взрослых получил он от главного инфекциониста МЗ Украины А. Руденко: «…Выработка иммунитета против дифтерии, если не было базового, выработанного в детстве, не защитит от заболевания»[627]. То есть прививки снова ни при чем, это население неправильное попалось, не выработавшее своевременно иммунитета в детстве (наследственные дефекты?), а теперь назло прививочным теориям болеющее дифтерией, невзирая на спасительную вакцинацию. «Если кувшин падает на камень, то горе кувшину. Если камень падает на кувшин, то горе кувшину. Всегда горе кувшину», как сказано в Талмуде. А если

серьезно – хочется просто схватиться за голову от мысли, что это вполне серьезная, а по нынешним меркам даже вполне научная аргументация людей, отвечающих за санитарно-эпидемиологическую службу в крупной европейской стране…

Как показывают данные Минздрава СССР, ситуация с дифтерией во второй половине 1980-х гг. в РФ была вполне спокойной и не вызывающей серьезных опасений – даже если мы поверим в то, что уровень «охвата» постоянно снижался. Вполне благодушным настроение властей оставалось и в начале 1990-х гг. В своей книге Г. П. Червонская цитирует официальный циркуляр, именуемый «Об эпидемиологической обстановке по дифтерии в Москве и мерах по ее стабилизации» (письмо № 7–41/95 от 17 декабря 1991 г.), разосланный всем главным санитарным врачам округов Москвы, в котором заявляется, что *«рост заболеваемости среди детей эпидемиологически закономерен и не является на сегодня неблагоприятным прогностическим признаком…* поздняя диагностика и поздняя госпитализация заболевших являются причинами распространения инфекции и формирования групповых очагов: в первые два дня за помощью обращаются 75,5 % детей, а госпитализируются в эти же сроки 28,8 % обратившихся» (выделено мной – *А. К.*)[628]. Чтобы читателей не смутило упоминание о «групповых очагах» (может, это и есть эпидемия?), то на той же странице Г. П. Червонская приводит сообщение президента РАМН В. Покровского, датированное благополучным 1986 г.: «Несмотря на массовое проведение профилактических прививок… формируются очаги групповых заболеваний… отмечаются и летальные исходы»[629]. Но что происходило на самом деле? Первый предвестник эпидемии, пресловутый «очаг группового заболевания», появился в Москве в 1990 г. в стройбате. Москва и Московская область сообщили о 541 случае дифтерии, что составляло 38 % от 1431 случая, зарегистрированного в СССР в том году. На Украине было отмечено 109 случаев (8 %). Это был первый звонок, на который не обратили внимания. В 1991 г., когда московские эпидемиологи рассылали urbi et orbi исполненные вселенской благости и умиротворения циркуляры, убеждая самих себя и всех вокруг в «эпидемиологической закономерности» вспышки болезни, Россия и Украина, уже второй год хоронившие жертвы дифтерии, сообщили о 1876 и 1103 случаях

болезни соответственно. Это составило 94 % из 3167 случаев, зарегистрированных в СССР, приказавшем в том же самом году долго жить. Кажется совершенно невероятным, но даже в 1992 г., когда дифтерия перекинулась уже и на Беларусь, а Россия и Украина сообщили о 5749 случаях в совокупности, никаких серьезных противоэпидемических мер не предпринималось и дальше разговоров и бодрой агитации за прививки дело не шло. Больным дифтерией, в том числе и в токсической форме, врачи продолжали преспокойно ставить свои излюбленные диагнозы ангины, фарингита и ларингита, будучи твердо уверенными в том, что если кто-то был ранее привит, то дифтерией он уже не заболеет – ведь именно так их учили в институтах и так каждый раз повторяли на курсах повышения квалификации. В обратном начальство их убедить не пыталось. И лишь в 1993 г., итогом которого стали 15 209 случаев в России и 2982 случая на Украине, с опозданием как минимум в два года, когда дифтерия полыхала по всему бывшему СССР, а происходящим уже всерьез заинтересовалось мировое сообщество, с нею наконец кинулись бороться всем противоэпидемическим арсеналом[630]. Было, однако, уже слишком поздно. Эпидемиологам и разнообразным «специалистам в инфекционных болезнях» оставалось лишь бессильно наблюдать, как дифтерия преспокойно, не обращая ни малейшего внимания на прививки, завершает свой отпущенный ей природой «эпидемиологически закономерный» цикл, и размышлять, кого бы назначить в козлы отпущения за случившуюся эпидемию, чтобы уберечься от личной ответственности за болезни и смерти тысяч сограждан.

В приведенной выше таблице я показал динамику заболеваемости дифтерией в России и на Украине во второй половине 1980-х годов. Думаю, далеко не мне одному хотелось бы знать, на каком основании вакцинаторы неизменно подсовывают нам вывод о том, что эпидемиологическая обстановка по дифтерии «вследствие беспрецедентной кампании против прививок» стремительно ухудшалась до самой эпидемии, и та стала-де лишь вопросом времени?[631] Вряд ли я сильно ошибусь, сказав, что причиной эпидемии дифтерии стало вовсе не отсутствие прививок, а обыкновенная безграмотность некоторых врачей, неспособных вовремя различить болезнь, и вопиющая неспособность российских, а с ними и

украинских властей в изменившихся условиях направить должные силы и средства на изменение санитарно-эпидемиологической обстановки. Рядовые случаи дифтерии разожгли пожар эпидемии, перекинувшейся на соседние страны, а результатом стали 157 тыс. заболевших и 5 тыс. скончавшихся (из них 115 тыс. заболевших и 3 тыс. смертей в России)[632]. То, над чем безуспешно ломали голову «специалисты в эпидемиологии», было вполне очевидно. Упоминавшийся выше украинский журналист цитировал слова д.м.н. Колесникова, в которых наряду с обычными прививочными заклинаниями слышалась и вполне разумная нота: «Эпидемия дифтерии в Эквадоре была «погашена» за два месяца, в Алжире – длилась около 1 года. В Польше вспышке заболеваемости не дали возможности перерасти в эпидемию. Можно было бы избежать эпидемии, если бы Главное санэпидуправление (Украины. – *А. К.*) вовремя приняло бы необходимые меры, если бы оно, как говорится, держало руку на пульсе. Если Главное санэпидуправление в корне не изменит своей политики, стиля и методов работы, то в скором времени, надо полагать, начнет разрываться между вспышками инфекционных заболеваний, а затем и эпидемий. Страна превратится в огромный рассадник инфекций… санитарная служба могла бы не допустить не только эпидемии дифтерии, но и вирусного гепатита А и многого другого»[633]. Вполне разумны и некоторые выводы специалистов из Одесской клинической инфекционной больницы. Начав их – в пику поговорке – за обязательный, как ссылки на постановления последнего съезда партии в советские времена, заунывный прививочный упокой («Приведенные данные еще раз подтверждают роль активной специфической профилактики в борьбе с дифтерией…»), они закончили их за здравие рассудка и законов эпидемиологии: «…но в то же время свидетельствуют о том, что общие социально-экономические условия также являются весьма существенным фактором, определяющим эпидемиологическую ситуацию при дифтерии. В годы социальных катаклизмов заболеваемость дифтерией, как правило, увеличивалась, и 1992–1995 гг. не являются в этом отношении исключением. Анализ показывает также, что интенсивность снижения заболеваемости с течением времени уменьшается и наступает момент, когда заболеваемость как бы стабилизируется… Заболеваемость современной дифтерией – это только видимая часть айсберга, подводная же, скрытая

от нашего взгляда – это носители инфекции, которых значительно больше, чем заболевших. Резкие изменения социально-экономических условий жизни общества нарушают равновесие в распространении дифтерийной инфекции и приводят к росту заболеваемости. Таким образом, эпидемический подъем заболеваемости дифтерией в 1992–1995 гг. – это штатная ситуация в распространении этой болезни. Однако при надлежащей организации эпидемиологического надзора за детскими инфекциями его можно было предвидеть и, следовательно, смягчить его негативные последствия»[634].

Показательно, что эпидемиологическая безграмотность и совершенное непонимание происходящего, помноженные на слепую веру в прививки и неспособность примириться с тем, что ушли старые добрые советские времена судебных и психиатрических расправ с инакомыслящими, приводили к таким вполне серьезным предложениям, как «обязательная немедленная реакция официальных представителей Министерства здравоохранения на безответственные выступления в органах массовой информации против прививок (вплоть до привлечения авторов таких материалов к уголовной ответственности)»[635]. Вот, оказывается, как надо бороться за свою точку зрения! Помимо всего прочего, за такими инициативами стояло вполне естественное желание найти того, на кого надо было переложить ответственность за разошедшуюся дифтерию… Вот еще перл с постоянно цитируемого мною в этой главе прививочного совещания, достойно иллюстрирующий научный и этический уровень собравшихся: «Участники… пришли к общему согласию, что необходимо немедленно реагировать на негативные публикации в органах массовой информации о вакцинации. По поводу проблемы, является ли обязательная вакцинация нарушением прав человека, было отмечено, что Хельсинкская декларация состоит из двух частей и наряду с правами отдельной личности защищает также и права общества. Почти во всех странах в законодательных актах по борьбе с инфекционными болезнями четко указано, что отдельные индивидуумы не имеют права заражать других людей и что, как и в проблеме охраны окружающей среды, в этой области права общества «перевешивают» права отдельного индивидуума. С другой стороны, общество обязано возмещать ущерб пострадавшим в результате вакцинации»[636]. Можно ли, прочитав эту ахинею, не замереть в изумлении? Как связаны

профилактические прививки и «не имеют права заражать других людей»? С каких пор *здоровые* люди стали рассматриваться страшной угрозой обществу, с которой необходимо всеми средствами бороться? Наверное, с тех самых пор, когда дженнеровские прививки стали высокодоходным бизнесом, а здоровые законопослушные граждане превратились у вакцинаторов в «мешки с порохом», «канализационные стоки» и «склады горючих материалов»…

В Санкт-Петербурге вакцинаторы развили бурную деятельность, наводнив местную прессу, а также передачи на радио и телевидении жуткими апокалиптическими прогнозами для непривитых, напечатав двухмиллионным тиражом памятку «Дифтерия – опасная болезнь» и даже не забыв городской телефон-автоответчик 002. Суммы, надо полагать, на эту суету были израсходованы немалые, а никаких результатов добиться не удалось. Сходные результаты принесла активность украинских радетелей за прививки. По их собственному признанию, «за 1992 и первые 6 мес. 1993 г… проведено 35 телепередач и 58 радиопередач, состоялись 22 публикации в прессе, изданы 2 спецвыпуска газет «Ваше здоровье» и «Правда Украины» тиражом 400 тыс. экз., изданы и распространены 100 тыс. плакатов и 680 тыс. памяток. Выпущен видеофильм о необходимости профилактических прививок… разосланы научно-популярные фильмы «Пока не поздно», «И снова о дифтерии», «Прививкам альтернативы нет». Информация типа «бегущая строка» использована на зданиях центральных площадей Киева и телевидением во время популярных передач (например, во время демонстрации международных футбольных матчей)»[637]. Увы. Все было впустую.

Так нужны прививки от дифтерии или нет? Прочитав немало на тему дифтерии и прививок от нее, я пришел к следующему выводу. Прививки от дифтерии бесполезны и вредны так же, как и остальные профилактические прививки. Больные, ослабленные, страдающие от иммунодефицита (в том числе и благодаря усердному прививанию) дети были, есть и будут склонны к заболеванию дифтерией как со сделанными прививками против дифтерии, так и без них, в куда большей степени, чем их крепкие и здоровые сверстники. И никакой плетью статистического очковтирательства, хитроумными объяснениями «неправильности» прививок, ссылками на иммунодефициты и наследственные дефекты, злостно мешающие

прививочным благодеяниям, и прочими стандартными прививочными подлогами обуха фактов и биологических законов перешибить не удастся. Как не удавалось никогда!

Выводы

• Заболеваемость дифтерией, бывшей в XIX и начале XX в. одной из главных причин детской смертности, значительно снизилась к нача лу Второй мировой войны благодаря улучшению жизненного уровня населения, при этом практически во всех европейских странах – без всяких прививок. Как и прочие инфекционные болезни, дифтерия прежде всего болезнь грязи, скученности проживания и недоедания. Важным современным фактором риска заболеваемости дифтерией и особенно смертности от нее является алкоголизм.

• Дифтерийный анатоксин не способен предотвратить ни циркуляцию возбудителя в обществе, ни инфицирование им, ни выработку токси на, становящегося причиной болезни. Судя по длительности послед них эпидемий в странах СНГ и Балтии и по имеющимся литератур ным данным, его эффективность очень сомнительна и в выработке реальной невосприимчивости к токсину. Кроме того, у значительно го процента прививаемых детей и взрослых антитоксический иммунитет к дифтерии не вырабатывается вообще.

• Неразборчивое массовое использование антибиотиков и прививки изменили эпидемиологические характеристики болезни, резко сни зив возможности приобретения и поддержания естественного им мунитета к дифтерии за счет постоянного контакта с возбудителем. Дифтерия стала опасной для взрослых, а также для младенцев, не получающих антитела от матерей.

• Причинами эпидемической вспышки дифтерии в 1990-х гг. стало резкое снижение уровня жизни населения республик бывшего СССР и неспособность российских властей вовремя оценить ситуацию и принять должные меры.

• Существуют интересные и многообещающие методы профилактики и лечения дифтерии, которые игнорируются медицинскими властями.

Коклюш

Болезнь

Коклюш относится к той категории заболеваний, которые ранее традиционно считались детскими и все повышающуюся заболеваемость которыми мы наблюдаем у подростков и взрослых сегодня[638]. Как долго этой болезнью страдает человечество, точно не известно; первое ее детальное описание было дано французским врачом Гийеном де Байоном во время парижской эпидемии коклюша в 1538 г. Возбудителем является нестойкая во внешней среде (вне человеческого тела гибнет в течение нескольких минут) бактерия *Bordetella pertussis,* а симптомы самой болезни вызывает вырабатываемый ею токсин, отрицательное воздействие которого на человеческий организм многообразно: например, он увеличивает проницаемость гематоэнцефалического барьера мозга (вследствие чего этот барьер могут преодолеть другие бактерии и вирусы), ведет к увеличению секреции инсулина (результатом может стать недостаточное поступление глюкозы в мозг), повышает чувствительность (сенсибилизирует) к гистамину. Источником заражения служит только больной человек, путь передачи инфекции – воздушно-капельный. Хроническое бактерионосительство встречается исключительно редко. Инкубационный период длится от двух дней до двух, максимум трех недель, его сменяет катаральный (насморк, чихание, общее недомогание, отсутствие аппетита, легкий кашель) той же длительности, неотличимый от обычной простуды. Постепенно кашель, особенно в ночное время, усиливается, что указывает на начало периода всем известного и характерного для этой болезни спастического кашля, который еще называют лающим (после глубокого свистящего, вследствие прохождения воздуха через суженные дыхательные пути, вдоха, называемого репризом, следует серия коротких кашлевых толчков, напоминающих лай собаки). Приступ, во время которого у больного краснеет или синеет лицо и возможно носовое кровотечение или кровоизлияния в глаза, заканчивается выделением прозрачной мокроты, иногда – рвотой. Обычно приступы происходят вечером или ночью, в теплом и душном помещении (именно по этой причине больным коклюшем рекомендуется спать с открытыми окнами), реже днем. В течение суток обычно происходит

10–15 таких приступов. Этот период обычно длится около месяца или немного дольше (хотя может длиться и всего одну неделю), после чего наступает период выздоровления, начинающийся с уменьшения количества приступов кашля, затем улучшаются сон и аппетит. Процесс выздоровления обычно растягивается на несколько месяцев, что точно отражается в китайском и японском названиях коклюша – «стодневный кашель».

Нередким осложнением, особенно у младенцев, является воспаление среднего уха (отит). Наиболее частым и опасным среди тяжелых осложнений коклюша является воспаление легких вследствие присоединения вторичной инфекции. У самых маленьких возможна асфиксия (удушье). Среди тяжелых осложнений со стороны нервной системы следует отметить коклюшный энцефалит и кровоизлияния в мозг. Частота таких осложнений колеблется, и в США, например, по разным оценкам составляет около 0,7–0,8 % от числа заболевших[639]. В целом же летальность при коклюше низка и жертвами коклюша чаще всего являются дети в возрасте до 6 мес. (по оценке американского Центра контроля заболеваний – 0,5 % всех случаев заболевания в этом возрасте), еще реже в возрасте от 6 до 12 мес. Случаи смерти от коклюша детей старше 12 мес. относятся, скорее, к казуистическим. Раз перенесенное заболевание обеспечивает стойкий пожизненный иммунитет[640].

Никакого специфического лечения при неосложненной форме этой болезни не требуется. Отдых в чистом, проветриваемом помещении, витамин А и витамины группы В, обильное питье (чистая вода, небольшое количество фруктовых соков) и пост на несколько дней в самом остром периоде – это все, что нужно. Совершенно необходимо продолжать грудное вскармливание, если речь идет о заболевшем младенце – это самое важное в лечении болезни и в профилактике ее осложнений. Антибиотики (обычно речь идет об эритромицине) бесполезны для лечения коклюша при уже развившейся клинической картине, но считается, что могут предотвратить передачу инфекции и осложнения в виде вторичных инфекций. Однако имеются исследования, согласно которым принимавшие антибиотики не только не получали облегчения на любой стадии коклюша, но и период спастического кашля у них длился дольше, чем у тех, кто антибиотики не принимал[641]. Вполне вероятно, что главную роль в

продолжительности кашля играют не возбудители, а какие-то другие факторы – например, общее состояние иммунитета заболевшего. Оставляя в стороне спорный вопрос о пользе антибиотиков при коклюше, я ограничусь замечанием, что для их назначения в любом случае нужны строжайшие показания, и родители не должны стесняться выяснить у врача, что именно заставляет его назначать лекарства, польза которых при данной болезни очень сомнительна, а побочные эффекты достаточно серьезны.

Для профилактики коклюша может быть рекомендован гомеопатический нозод коклюша *Pertussinum* 30 для еженедельного приема во время вспышки коклюша и трехразового приема в течение недели после контакта с заболевшим. Этот метод показал свою эффективность в одном исследовании[642]. Гомеопатия вполне эффективна и в лечении уже развившегося коклюша, однако здесь требуется консультация профессионального гомеопата. Д-р Дороти Шеперд описывает великолепные результаты, полученные ею при использовании этого же нозода в 30-м разведении, *как для профилактики, так и для лечения* коклюша. Она предлагает другую методику: давать одну дозу нозода три-четыре раза в течение только одного дня[643]. Во многих руководствах и публикациях по гомеопатическому лечению детских инфекционных заболеваний отмечается эффективность препарата *Drosera.* Основными симптомами, указывающими на *Drosera,* являются глубокий кашель, першение в гортани, провоцирующее кашель, а также кашель такой сильный, что заканчивается рвотой, и такой частый, что больной с трудом успевает перевести дыхание. Ухудшается кашель, когда больной лежит. Так, прославленный английский гомеопат д-р Маргарет Тайлер (1857–1943) писала: «…Мне неоднократно удавалось излечивать коклюш с помощью единственного приема *Drosera* в 30-й или 200-й потенции, особенно в годы войны 1914–1918 гг., когда в нашу амбулаторию обращалось много детей, страдавших этим заболеванием. Необходимость в повторном приеме лекарства возникала лишь в отдельных случаях, если кашель не прекращался в течение двух недель»[644]. При этом она добавляет: «Помните, что гомеопатия не имеет дело со «специфическими лекарствами» и не лечит болезни, исходя из их названий. И если вы думаете, что *Drosera* будет эффективна во всех случаях коклюша, вы рано или поздно поймете, что

это не так. Например, во время одной из эпидемий практически все заболевшие коклюшем дети выздоравливали после приема *Kalium carbonicum*»[645]. Проф. Дж. Т. Кент дает интересную информацию о другом лекарстве: «*Carbo vegetabilis* – одно из наиболее эффективных лекарств, применяемых в начальном периоде коклюша. Характерный для этого препарата кашель протекает с рвотой, покраснением лица, больной им давится, т. е. присутствует все, что характерно и для коклюша. Это один из лучших препаратов для запутанных случаев, когда по симптомам кашля трудно подобрать лекарство или когда заболевание развивается лишь до определенной стадии, застывая в своем развитии на длительное время. Когда лекарство не действует само по себе, то оно проясняет все симптомы, облегчая таким образом выбор правильного препарата. В большинстве случаев коклюша под действием гомеопатического лечения пациент получает облегчение в срок от недели до десяти дней; конечно, при условии правильного выбора лекарства»[646].

Попутно можно отметить здесь и старую публикацию в «Журнале Американской медицинской ассоциации», сообщавшую, что 90 заболевших коклюшем детей получали в течение недели лечение 500 мг витамина С ежедневно, после чего доза снизилась до 100 мг раз в два дня до выздоровления. Все дети, которые получали витамин С внутривенно, полностью выздоровели к 15-му дню, а те, кто получал его орально, – к 20-му. В трех четвертях случаев, когда лечение витамином С начиналось на катаральной стадии болезни, наступление стадии спастического кашля удавалось полностью предотвратить[647]. Показательно, что ни эта, ни другие публикации об эффективности применения витамина С при лечении инфекционных заболеваний (о которых говорится в других главах данной книги), ни малейшего интереса у тех, кто должен был за них ухватиться просто по долгу службы, не вызвали. Ведь лечение витаминами нельзя запатентовать, да и цена такого лечения – копейки. То ли дело высокодоходные вакцины и сыворотки!

Предварительный диагноз коклюша ставится на основании клинической картины. Окончательный диагноз коклюша требует лабораторного подтверждения, однако с этим есть серьезные проблемы. Бактерия высевается из мокроты (при этом отнюдь не в 100 % случаев) лишь в катаральном периоде (когда родителям обычно и в голову не

приходит обращаться к врачу, а тому – заказывать этот анализ) и в начале периода кашля. Позже возбудитель уже не высевается. Не высевается он и после того, как начато лечение антибиотиками, и часто *у тех заболевших, что были ранее привиты.* Очень важно здесь это подчеркнуть, потому что непосредственное обнаружение возбудителя остается и по сей день самым распространенным методом лабораторной диагностики коклюша, а потому на основании отрицательного результата посева диагноз коклюша может быть не поставлен ранее привитому ребенку, даже если клиническая картина не вызывает никаких сомнений. Это одна из причин, почему статистические данные могут интерпретироваться как говорящие в пользу эффективности прививки. Существуют методы серологической диагностики (определения антител), но на практике они применяются очень редко. Кроме того, «среди серологических методов пока нет достаточно специфичных и чувствительных тестов на определение иммунитета против коклюша. Реакция агглютинации остается наиболее часто используемой реакцией. Вместе с тем вакцинация и перенесение заболевания коклюшем не всегда приводит к образованию агглютининов, а некоторые лица, в сыворотке крови которых не определяются антитела, остаются защищенными»[648].

У подростков и взрослых болезнь протекает легче, обычно в форме упорного бронхита. По данным одного американского исследования, у 12 % взрослых с упорным кашлем после тщательных анализов был обнаружен коклюш[649]. Как уже было указано выше, это тот путь, которым привитые в детстве и потерявшие позднее иммунитет заражают сегодня детей.

Судя по историческим данным, коклюш в свое время действительно представлял серьезную угрозу для детей, особенно для младенцев, как в Старом, так и в Новом свете. Известно о длившейся чуть ли не 15 лет эпидемии коклюша в середине XVIII в. в скандинавских странах, ежегодно уносившей по 3 тыс. жизней. В период с 1858 по 1865 г. в Англии от него скончалось 120 тыс. человек[650]. Кроме умерших, немало детей оставались инвалидами вследствие коклюшного энцефалита и мозговых кровоизлияний, происходивших на пике приступов тяжелого беспрерывного кашля и связанных с ними остановок дыхания.

Пика своей свирепости коклюш достиг во второй половине XIX в. в перенаселенных районах обитания рабочего класса, где бедность, недоедание и скверные санитарные условия традиционно были прекрасной почвой для всех встречавшихся тогда инфекционных болезней, среди которых коклюш не был исключением. Российские авторы подтверждают это: «Показатели заболеваемости и летальности были неодинаковы в различных слоях населения. Чрезвычайно большое значение имели социальные факторы: материальная обеспеченность, условия быта, жилищные условия. Значение социального фактора в эпидемиологии коклюша красноречиво иллюстрируется следующими статистическими данными дореволюционного периода. В Петербурге в 1881–1890 гг. в частях города, заселенных рабочим людом, показатели смертности от коклюша были в 5–6 раз выше, чем в аристократических кварталах. Смертность от коклюша детей, проживающих в подвалах, была в 19 раз, а проживающих на чердаках в 8 раз выше, чем среди жителей вторых этажей. Сходные с этим факты приведены и Berthilion по Вене, Парижу и Берлину… Б. Е. Каушанская (1948), сравнивая смертность от четырех капельных инфекций по Санкт-Петербургу за 1900–1941 гг., приводит следующие данные о снижении смертности за этот период: при дифтерии – более чем в семь раз, при скарлатине – в 4 раза, при кори – в 2–3 раза, а при коклюше – в 1,8 раза. Смертность от коклюша обусловливалась не только уровнем заболеваемости различных контингентов, но и высокой летальностью, которая была неодинаковой в различных слоях населения с различной материальной обеспеченностью. В тяжелых бытовых условиях, в бедных кварталах дети заболевали в более раннем возрасте, в котором коклюш представлял особую опасность»[651]. Или вот цитата из лекции советского педиатра проф. С. Д. Носова: «Бесспорную и существенную роль в ослаблении проявлений коклюша и снижении летальности при нем сыграли рост жизненного уровня населения, улучшение физического развития детей и происшедшее в связи с этим снижение частоты некоторых сопутствующих патологических состояний и хронических заболеваний, ослабляющих организм ребенка. Значение этого фактора при коклюше, поражающем наиболее ранний и ранимый возраст, особенно велико»[652]. Там же проф. Носов отмечает, что,

например, среди коклюшных больных в 1940–45 гг. рахит был отмечен у 77 %, при этом у 25 % тяжелый, в третьей степени.

«Классические» врачи очень долго не только не имели никакого представления о природе этой болезни (возбудитель был выделен Жюлем Борде и Октавом Жангу из Института Пастера в Брюсселе лишь в 1906 г.), но, в отличие от гомеопатов, своими методами лечения лишь ухудшали прогноз. Широко использовались кровопускания и пиявки, рвотные («для удаления общей слизи»), препараты ртути, опиум. Вряд ли можно сомневаться, что ужасающая статистика смертности от коклюша того времени была по меньшей мере отчасти обязана такому лечению, бывшему хуже самой болезни. Сегодня коклюш все еще остается серьезной проблемой *в развивающихся странах.* Это уточнение очень важно, потому что когда потрясенному родителю демонстрируют такие ужасные (и, вероятно, правдивые) цифры, что в мире от 600 тыс. до миллиона детей ежегодно умирают от коклюша или его осложнений, то при этом почему-то всегда забывают уточнить, что речь идет о тех странах, где дети умирают миллионами решительно от всех болезней, как «контролируемых» прививками, так и «неконтролируемых», в первую очередь от недоедания и кишечных инфекций, о которых как о причине смерти в цивилизованных странах давно уже и думать забыли.

И после открытия природы болезни врачи долго еще не имели средств ее «научного» лечения – до самого появления в годы Второй мировой войны антибиотиков, резко сокративших смертность от такого осложнения коклюша, как пневмония. Смертность от коклюша снизилась со второй половины XIX в. до середины XX в., когда только и появилась соответствующая прививка, на 90 % в США, Англии и Швеции[653], на 92 % во Франции и 99,15 % (!) в Испании[654]. Такое резкое снижение, впрочем, не было привилегией одного лишь коклюша. Резко снизилась смертность от скарлатины, кори, гриппа, туберкулеза и тифа, вне всякой связи с наличием или отсутствием прививок. Связано это было, в первую очередь, со значительным улучшением санитарно-гигиенического состояния мест проживания людей и со значительно улучшившимся питанием. Более здоровые дети и взрослые могли лучше сопротивляться болезни. Кроме того, не исключено, что свою роль сыграл и накапливающийся в поколениях иммунитет к постоянно присутствовавшей болезни[655]. Снижение смертности от коклюша

было еще примечательно и тем, что, в отличие от других инфекционных болезней, при которых заболеваемость и смертность снижались почти пропорционально, во многих европейских странах снижение смертности от коклюша значительно опережало снижение *заболеваемости.* В СССР, по данным российских авторов, к началу прививок снизились и заболеваемость, и летальность. «К началу активной иммунизации в 1959 г… общая летальность составляла в Ленинграде 0,07 %, в Москве – 0,098 %, а по СССР в целом была равна 0,7 %. Больничная летальность уменьшилась до десятых долей процента, а среди детей старше 3 лет она была практически ликвидирована…»[656].

После снижения заболеваемости коклюшем, приписываемого прививке, сейчас вновь регистрируется повышение заболеваемости им. Наименьшее количество заболеваний коклюшем в США отмечалось в 1976 году – 1010 (по некоторым данным – в 1964 г., но речь идет о в целом сходных цифрах). В 2000 г. было зарегистрировано 7800 случаев, из которых 17 закончились смертью. В 2002 г. число заболевших коклюшем уже превысило 9700[657]. Российский авторский коллектив также подтверждает, что после бури восторгов, связанных с коклюшной вакциной и уменьшением (якобы благодаря ей) заболеваемости коклюшем, постепенно все возвращается на круги своя: «…С конца 80-х и начала 90-х годов в США, Канаде, Германии, Японии, Испании, Польше, Финляндии и др. с уровнем иммунной прослойки до 85–95 %, а также в России (на всей территории страны) был отмечен значительный рост заболеваемости коклюшем… Самые высокие показатели регистрировались среди детского населения. Так, у детей до 2 лет они составляли в среднем 134,8–147,3 на 100 тыс. детей этой возрастной группы. Наибольшие показатели имели место в Москве – 360,6 и Санкт-Петербурге – 830,3 на 100 тыс. детей, что было характерно для допрививочного периода»[658]. Увы. И 85–95 % «иммунной прослойки», оплаченные тысячами случаев поствпрививочных осложнений и смертей, оказались совершенно бесполезными. Заболеваемость в итоге оказалась вполне сравнимой с заболеваемостью допрививочного периода. Так во имя чего делалась и делается прививка, если болезнь продолжает жить по своим собственным законам, не обращая на нее никакого внимания?

Вакцина
Безопасность и эффективность

В этой главе я хотел бы отступить от установленного порядка изложения подразделов, поскольку рассмотрение эффективности и безопасности коклюшной вакцины в отрыве друг от друга могло бы разорвать рассказ об этой вакцине и затруднить читателю понимание связанных с ней проблем.

Вряд ли существует иная современная вакцина, которая могла бы сравниться с коклюшной по количеству тяжелейших осложнений и смертей у ею «спасаемых», по весьма сомнительной эффективности, а также по сложностям с пониманием механизма ее действия в целом. Помимо нерешенных вопросов, связанных с производством вакцины как таковой (наличие в ее составе токсичных веществ, низкая степень очистки, контаминанты), до сих пор существует немалое количество белых пятен в понимании природы самой болезни. Дело в том, что до сих пор неизвестен механизм возникновения и поддержания иммунитета при коклюше, что в изрядной степени обесценивает все усилия по созданию вакцины. Очевидно, что степень защиты от коклюша не связана вообще или связана лишь в очень незначительной степени с выработкой антител; иммунитет против коклюша основан на клеточном, а не на гуморальном механизме[659]. Такое положение вещей вкупе с особенностями болезни (большое количество стертых форм, трудности лабораторной диагностики) оставляет непозволительно большой простор для спекуляций о реальной защитной силе прививки.

Первая вакцина против коклюша была создана в 1912 г. уже упоминавшимися выше Борде и Жангу, выделившими возбудителя болезни. Вакцина, основанная на убитых высокой температурой бактериях, была в высшей степени грубой, вызывавшей немыслимое количество побочных эффектов (методов выделения антигенов тогда еще не существовало, поэтому в вакцину попадало все, нужное и ненужное) и малоэффективной (хотя бы потому, что не использовались адъюванты). Идея создания вакцины против коклюша особенно понравилась американцам, и уже к 1914 г. шесть компаний в США производили такую вакцину. Доказать какую-либо эффективность этих

вакцин так и не удалось, широкого практического применения они не нашли, а потому в 1931 г. их производство было прекращено. В 1925 и 1929 гг. датчанин Торвальд Мадсен из Датского государственного института сывороток в Копенгагене применил свою вакцину при двух вспышках коклюша на Фарерских островах в Северном море. В первой из них, когда вакцина начала применяться уже во время активного распространения болезни, она очевидно не предотвращала заболевания коклюшем, но, согласно Мадсену, делала болезнь *мягче* (о, это неизменное прививочное «мягче», когда предупредить болезнь прививкой не удается!). Во втором случае результат был лучше – Мадсен сообщил, что заболеваемость коклюшем привитых была на 20 % ниже, чем у непривитых. Мадсен же описал два случая смерти новорожденных в течение 48 часов после прививки против коклюша в Дании. Кроме того, он сообщил, что многие его коллеги «видят серьезное недомогание, следующее за прививкой»[660].

В 1930-х гг. были предприняты новые попытки создания надежной и эффективной вакцины, но все они закончились неудачей. Лишь в 1940-х гг. удалось получить вакцину, эффект от применения которой мог быть сочтен ощутимым. Произошло это благодаря работе пионера американских разработок цельноклеточной коклюшной вакцины Перл Л. Кендрик (1890–1980), обнаружившей, что после добавления алюминия усиливается защитный эффект вакцины и для ее производства требуется меньшее количество бактерий. Именно Кендрик предложила объединить вакцины от коклюша, дифтерии и столбняка. По ее словам, «с увеличением количества принятых иммунизационных мероприятий для детей логично было бы изучить подходящую комбинацию антигенов для активной иммунизации, чтобы уменьшить количество необходимых уколов, *снижая тем самым дискомфорт для ребенка и его родителей и упрощая административные процедуры*»[661].

Усиление защитных свойств вакцины позволило выпустить ее во второй половине 1940-х гг. на рынок США. В 1947 г. комитет по инфекционным болезням при Американской академии педиатрии рекомендовал планово прививать детей от коклюша и делать это в комбинации с вакцинами против дифтерии и столбняка. В 1948 г. уже около десятка фармкомпаний производило вакцину DPT (АКДС). Сообщения о побочных эффектах вакцины, впрочем, также не

замедлили явиться. В 1948 г. Рэндольф Байерс и Фредерик Молл, сотрудники медицинского факультета Гарвардского университета, первыми сообщили о детях, получивших тяжелое поражение мозга в результате использования разных коклюшных вакцин[662]. За 10 лет они наблюдали 15 случаев госпитализации в Детский госпиталь Бостона, все у детей в возрасте от 5 до 18 месяцев. Никто из них не имел никаких судорог до получения прививки. Реакции случались после любой по счету прививки (первой, второй или третьей) и возникали в промежутке от 20 мин. до 72 часов после нее. Ведущим симптомом были судороги, длившиеся от нескольких минут до нескольких дней. Наблюдались изменения в активности (от сонливости до глубокой комы). Из этих 15 детей двое умерли от пневмонии, у пяти развился паралич (гемиплегия), у двоих – фактическая децеребрация (полная утрата высших мозговых функций), пять стали умственно неполноценными и всего лишь один полностью выздоровел. Публикация данных Байерса и Молла лишний раз напомнила о существовании серьезнейшей проблемы безопасности вакцин, известной еще со времен «благодетеля» Дженнера. Но эта статья была лишь началом[663]. После нее начали регулярно появляться все новые сообщения о смертях и тяжелых увечьях, ставших следствием использования коклюшной вакцины. Кёнг в 1953 г. собрал из литературы сообщения о 82 ставших известными случаях мозговых реакций после прививки против коклюша. Итог: 11 смертей, 24 стойких поражения нервной системы в виде эпилептиформных припадков, спастических параличей, умственной отсталости, изменений характера. В 15 случаях было полное выздоровление; информация о том, чем закончились 32 оставшихся случая, отсутствовала[664]. В Англии и Уэльсе за 1958–65 гг. было зафиксировано 7 смертей в результате энцефалита, менингоэнцефалита или энцефалопатии после прививок, включавших в себя коклюшный компонент[665]. Кроме того, в Англии же выяснилось, что коклюшная вакцина если и эффективна, то лишь тогда, когда нет настоящей угрозы коклюша. Когда же начинается вспышка или эпидемия, то прививка вполне бесполезна для предупреждения дальнейшего распространения болезни, что следовало из статьи Вильсона, опубликованной в 1965 г.[666] Позднее это было вполне подтверждено данными Миллера и Флетчера, которые в 1976 г. сообщили о вспышке коклюша, захватившей 8 тыс. детей в возрасте

примерно от пяти месяцев до пяти лет. Из 775 поступивших в госпитали детей 39 были привиты полностью, 41 – частично, 616 не были привиты, и история полученных прививок еще 79 была неизвестна. Из не нуждавшихся в госпитализации полностью привитыми оказались 2901, частично привитыми – 590, непривитыми – 1808 и еще у 2028 выяснить, были ли сделаны ранее прививки, не удалось[667]. Хотя и поступивших в больницу привитых оказалось значительно меньше, чем непривитых, данные в целом (особенно большое количество заболевших) вряд ли могут свидетельствовать в пользу значительной защитной силы прививки. Весьма вероятно (и это мы знаем на примерах аналогичных случаев), что многие непривитые не были привиты по причине имевшихся у них серьезных болезней и изначально имели большую предрасположенность ко всем инфекционным болезням. Именно такой контингент детей дает наибольшее количество осложнений в ответ на введение вакцины, и именно среди таких детей обнаруживается максимальное количество заболевших, в том числе и серьезно, причем «привитость – непривитость» играет здесь весьма незначительную роль. Несмотря на то, что каждая вспышка коклюша в очередной раз доказывает, что привитые заболевают ничуть не хуже непривитых, некоторые вполне престижные учебные пособия продолжают заявлять, что коклюш встречается *исключительно* у непривитых[668]. Стоит ли после этого удивляться, что вчерашние студенты, выучившие, что коклюша у привитых не может быть так же, как не может быть вечного двигателя, став докторами, уверенно ставят диагнозы бронхита, ларингита, ОРВИ, пневмонии – чего угодно, но не коклюша, ведь его не может быть по причине «привитости» пациента!

В период с 1954 по 1955 гг. в США были разработаны специальные тесты, используемые и по сей день, призванные определить потенциальную токсичность серии вакцины и предотвратить побочные реакции. Если после сделанной инъекции нужное количество мышей не погибает и продолжает набирать вес, то делается вывод, что эта вакцина подходит для ее применения у детей. Как легко могут догадаться читатели, эти тесты оказались очень и очень ненадежными. Вакцины, включающие в себя коклюшный компонент, продолжали и продолжают убивать и калечить детей, даже пройдя все мышиные опыты[669], и в свое время отсутствие связи между тестами на

токсичность такого рода и истинной реактогенностью вакцин показал д-р Кристенсен из фармацевтической компании «Эли Лилли». Результаты своего исследования он доложил на международном симпозиуме по коклюшу в 1963 г.: «Не вызывает сомнений, что тяжелые неврологические реакции случаются у детей, иммунизированных коклюшными вакцинами, которые прошли существующие ныне тесты на токсичность… Стало ясно, что нет связи между результатами тестов на токсичность на мышах и количеством реакций на вакцину у детей»[670].

Каков риск необратимого поражения нервной системы ребенка коклюшной вакциной? Российский вакцинатор пишет: «Поствакцинальный энцефалит развивается в редких случаях (1 случай на 250 000–500 000 инъекций) на 3–4 сутки после вакцинации, при этом наблюдаются судороги, часто повторные, парезы конечностей»[671]. Американские авторы, сообщая об оценке риска поражения ЦНС, равной 1:320 000 прививок, которая была получена в Великобритании в конце 1970-х гг., добавляют: «Надо отметить, что в США большинство детей получают пять доз. Таким образом, на основе этих цифр можно оценить, что 1 из 60 000 американских детей получил серьезное стойкое повреждение мозга от цельноклеточной коклюшной вакцины. Вдобавок к этому редкому серьезному поражению есть вероятность того, что крайне нейротоксичная коклюшная вакцина может вызвать менее заметное поражение мозга у гораздо большего числа получивших прививку ею. Это поражение может выражаться в снижении интеллекта, проблемах с чтением и речью или в аутизме. Так как эти виды мозговых нарушений становятся видны через годы после вакцинации, мы можем никогда не узнать, кто на самом деле пострадал от цельноклеточной коклюшной вакцины»[672].

Говоря о самых тяжелых реакциях на коклюшную вакцину в виде необратимого поражения нервной системы, не следует, разумеется, забывать и об иных, куда более частых и также достаточно неприятных реакциях, хотя и не ведущих к столь тяжелым последствиям. Высокая реактогенность этой вакцины никогда не была секретом. Так, даже в советском сборнике работ по дифтерии отмечалась следующая частота реакций на дифтерийно-коклюшную вакцину: после введения вакцины в первый раз местные реакции (гиперемия и инфильтрат) наблюдались у 19,5 % привитых; общие реакции различной степени выраженности –

у 34,6 %. Кроме того, у 1,1 % были отмечены дисфункция кишечника, рвота, судороги и другие системные реакции. После второй прививки общие реакции встречались в 25,4 % случаев, после третьей – в 22,0 % [673].

И в течение 1970-х, и в течение 1980-х гг. продолжали публиковаться материалы исследователей, показывающие, что коклюшная вакцина может стать причиной тяжелых неврологических осложнений, включая и смерть[674]. После 37 смертей младенцев и 57 «совпавших по времени» тяжелых заболеваний, случившихся в Японии в 1970–74 гг., и начавшегося бойкота вакцинации со стороны родителей и даже врачей, прививка DPT была сначала прекращена, а потом возобновлена с двухлетнего возраста. Япония, бывшая на 170-м от конца месте по детской смертности в мире, немедленно стала *страной с самой низкой детской смертностью на планете.* Так продолжалось до начала 1980-х гг., когда на рынке появилась новая бесклеточная коклюшная вакцина (о ней см. ниже), которая была преподнесена публике не только как высокоэффективная, но и как совершенно безопасная. Родителям предложили самим выбирать, когда они хотят привить ребенка в возрасте от 3 до 48 мес. За 12 лет (с 1981 по 1992 г.) частота синдрома внезапной детской смерти (СВДС) возросла в Японии с 0,07 % до 0,3 % – в 4 раза. Опыт Японии не остался без внимания исследователей. В начале 1980-х гг. появились первые серьезные публикации, связывающие вакцину DPT и синдром внезапной детской смерти[675].

Читателям, думаю, будет небезынтересно узнать об уловках, которые предпринимали производители вакцин, чтобы избежать своей ответственности за увечья и смерти детей. Например, в Теннеси в начале 1979 г. четверо младенцев в возрасте от 2 до 3 месяцев скончались в течение 24 часов после получения вакцины одной и той же серии, произведенной компанией «Виет». Как только об этом стало известно, заместитель директора отделения вакцин Управления контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA) д-р Тэд Кэннон приказал отозвать всю серию. Сам директор, д-р Джон Петриччани, был в этот момент в отъезде. По возвращении он имел в высшей степени откровенную и нелицеприятную беседу с производителями вакцины, после чего серия вакцины, убившая четверых малышей… была незамедлительно возвращена для дальнейшего

беспрепятственного использования. Кроме того, угодливый д-р Петриччани извинился за этот досадный казус и торжественно пообещал производителям вакцин, что такое больше не повторится. Но урок был хорошо усвоен, и никогда после этого ни в один штат США серии вакцин не посылались целиком – наоборот, их старались максимально «рассеивать» по всей стране, чтобы ни у кого не возникло ощущения, что определенная серия вызывает неприемлемо большое количество побочных эффектов[676].

А вот история об одном из прививочных «экспертов», профессоре Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе д-ре Джеймсе Черри. В 1979 г. он выступал на симпозиуме, финансировавшемся прививочной компанией «Коннот», и отметил, что всем врачам-де хорошо известно, что цельноклеточная вакцина способна иногда вызывать тяжелые реакции, а те могут быть связаны с необратимым поражением мозга или даже со смертью. Спустя некоторое время в отношении Черри к проблеме прививки коклюшной вакциной и последующего поражения мозга начались удивительные метаморфозы. В 1980-х гг. Черри был принят на работу консультантом и экспертом в ряде фармацевтических компаний и стал использовать свои научные титулы для защиты интересов производителей вакцин в судах, заявляя, что никто и никогда не доказал еще связи цельноклеточной вакцины и необратимого поражения мозга. Он стал публиковать отрицающие такую связь статьи в научных журналах, а в 1988 г. возглавил экспертный комитет по коклюшной вакцине, выводы которого должны были стать определяющими для Американской академии педиатрии. Позднее в архивах академии обнаружились непредусмотрительно сохраненные письма о назначении членов комитета, в которых тех предупреждали, что не должна быть обнаружена какая-либо связь коклюшной вакцины и поражения мозга. Точка зрения Черри была весьма охотно принята Американской академией педиатрии и Американской академией неврологии в качестве официальной позиции. В 1990 г. Черри опубликовал в «Журнале Американской медицинской ассоциации» статью под заголовком: «Энцефалопатия, связанная с коклюшной вакциной: пришло время признать это мифом». В декларации, поданной вместе со статьей, Черри заявил, что нет никакого «конфликта интересов», связанного с этой публикацией. Однако шила в мешке утаить не удалось, и сам «Журнал Американской

медицинской ассоциации» впоследствии вынужден был признать, что Черри был… так сказать, не вполне честен, говоря об отсутствии «конфликта интересов». Подлинные размеры «независимости» Черри как эксперта вскрылись позднее, когда стало известно, что он получил в качестве грантов от «Ледерле», производителя вакцины DPT, свыше полутора миллионов долларов. Кроме того, он выступал представителем «Виет», «Ледерле» и «Коннот» в 85 судебных процессах, связанных с исками по вакцине DPT, так что в совокупности тот «интерес», в отсутствии которого клялся «специалист по прививкам», оценивался в круглую сумму около 2 млн долларов[677].

Будь неприглядные истории, аналогичные этой, исключением из правила, они бы не заслуживали даже упоминания, поскольку характеризовали бы поведение лишь одного человека. Но беда именно в том и заключается, что такие случаи не исключение, а норма в мире прививок. Практически из-за каждого исследования, в очередной раз доказывающего «эффективность и безопасность» вакцин, из-за каждого очередного «опровержения» неугодных выводов о связи прививок и болезней, из-за каждого «аналитического обзора», публикуемого в престижном научном журнале, торчат ослиные уши фармацевтических компаний, не мытьем, так катаньем находящих способ расплатиться со своим наемным работником за выполненный заказ, причем часто таким образом, чтобы ни у кого не возникли подозрения.

Рафаэлла Моро-Горвин и Майкл Горвин, родители двухлетнего Александра, скончавшегося от опухоли мозга, медуллобластомы (в развитии которой они подозревают обнаруженный при исследовании раковой ткани вирус SV-40, попавший в полиовакцину, – см. главу о полиомиелите), писали в своем письме конгрессмену Дану Бертону, инициировавшему слушания по вопросам прививок: «В «Журнале Американской медицинской ассоциации» в марте 1990 г. Черри объявил «мифом» связь между коклюшем и энцефалитом. Такое заявление – оскорбление искалеченных и погибших в течение 50 лет детей и их скорбящих родителей. Но если вы разберетесь, кто такой Черри, его позиция становится вполне разумной. Он получает финансирование от одного из крупнейших производителей вакцин. За что ему деньги платят?… Вот ведь какая возникает проблема: он считается, как врач, «независимым» и «заслуживающим доверия». Его исследования, анализы и выводы считаются «объективными». Он полноправный

рецензент «Журнала Американской медицинской ассоциации». Это значит, что он имеет влияние на решение, что публиковать, а что нет; что следует сообщать детским врачам, а что нет. Его статьи в «Журнале Американской медицинской ассоциации» и в иных крупных медицинских журналах читают тысячи врачей. Когда д-р Черри говорит, что энцефалопатия как следствие вакцин – «миф», этим словам верят. Детям делают прививки. После того, как Александр получил прививку DPT, у него были конвульсии. Мы вызвали педиатра, и он сказал нам, что беспокоиться не о чем: «Иногда у маленьких детей бывает такое возбуждение». Педиатр не принял во внимание энцефалопатию. Вероятно, наш педиатр знал, что была полемика относительно коклюшной вакцины, а согласия ученых по этому вопросу не было достигнуто… С одной стороны были искалеченные и умершие за 50 лет дети, а также педиатры и детские невропатологи, которые знали об энцефалопатии, потому что видели ее. С другой стороны был такой выдающийся врач, как Черри. Обе стороны, казалось, имели равноправно объективные точки зрения. Врачи с каждой стороны разумно обсуждали вопрос, в то время как на карту были поставлены человеческие жизни. Но эта «полемика» – фикция. С одной стороны, у вас опыт, наблюдения и клинические навыки. С другой стороны – фармацевтическая компания, защищающая свои громадные прибыли. Люди вроде Черри – не врачи, если вы определяете врачей как истинно объективных и разумных профессионалов, ищущих правду. Люди вроде Черри – наемные обладатели степени «доктор медицины». Их позиция и аргументы зависят от того, кто за них платит. К сожалению, есть много, очень много обладателей степеней докторов, подобных Черри. Люди хотят, чтобы им платили, а некоторым хочется, чтобы им платили больше, чем другим. Как уже говорилось ранее, есть два крупных работодателя от науки – фармацевтические компании и правительство США. Так как тот, кто платит, тот и заказывает музыку, преобладающей точкой зрения в медицинской литературе является точка зрения фармацевтических компаний и правительства. Со всем уважением к прививкам, трудно понять, где заканчиваются фармацевтические компании и где начинается правительство. Правительство навязывает прививки, а корпорации, подобные «Ледерле», их производят. Есть ли причина для тех или других допустить, что прививки могут вредить? Допустить это

значило бы сделать правительство предметом жесточайшей критики, а фармацевтические компании потеряли бы миллионы долларов. Другой пример продажности науки – «ученые», подобные Черри, определяют частоту побочных осложнений и сообщают о них. Как часто аутизм, СВДС, энцефалит, постоянные неврологические дефекты и рак возникают вследствие прививок? Это решают производители вакцин через своих карманных ученых. Считается ли внезапная смерть новорожденного, последовавшая двадцать дней спустя после прививки, связанной с прививкой, или таковой она может быть лишь спустя семь дней, три дня или 24 часа? Кто это устанавливает? Если вы внимательно изучите данные о частоте побочных реакций, то вы увидите, что фармацевтические корпорации финансировали большинство исследований по этому вопросу. Другими словами, производители вакцин сами установили нужное им для своих собственных целей. Они выбрали такие цифры, которые гарантировали бы, что большинство связанных с вакцинами смертей и увечий не считались таковыми. Ваш ребенок умер семь дней спустя после прививки? Извините, он должен был умереть в течение 24 часов, чтобы была доказана связь с прививкой. В противном случае причина смерти неизвестна. Большинство самых влиятельных врачей в США связаны с фармацевтическими компаниями. Влияние фармацевтических компаний так велико, что повестка дня производителей лекарств стала повесткой дня основного течения медицины и правительства США»[678].

Увы, не только США, но всего мира! Не будь прививочный мир насквозь пропитан самой отвратительной коррупцией, миф о «безопасных и эффективных прививках» давно бы лопнул, как мыльный пузырь. А на основании заказных исследований таких «экспертов», как Черри, и российские вакцинаторы подносят читателям похожие «научно-доказательные» выводы: «Раньше считалось, что под влиянием коклюшного компонента АКДС развивается энцефалит. В настоящее время доказана ошибочность такого мнения. В редких случаях возникновения симптоматики энцефалита в поствакцинальном периоде речь обычно идет о разнообразных заболеваниях (инфекционные менингоэнцефалиты, наследственные лейкодистрофии и др.), начальные проявления которых *совпали* по времени с вакцинацией»[679] (выделено мной. – *А. К.*). Об этих «совпадениях» я

уже писал в главе о поствакцинальных осложнениях. Или вот что пишут те же авторы о пронзительном, в течение долгих часов, крике ребенка, которого «спасли от коклюша» прививкой АКДС (этот крик – многократно доказанное свидетельство раздражения мозговых оболочек при развивающемся отеке мозга): «Непрерывный пронзительный крик (визг), продолжающийся в течение нескольких часов после прививки, раньше связывали с повышением внутричерепного давления и относили к осложнениям. Сейчас все более склоняются к мнению, что такой крик – результат болевой реакции на введение; в любом случае, эта реакция не оставляет последствий»[680]. То есть укололи ребенка – вот он и кричит потом неумолчно часами, капризник. Но ничего страшного в этом нет… Впрочем, другой российский вакцинатор более искусен: «К сожалению, пока невозможно полностью предотвратить неврологические осложнения от введения АКДС-вакцины, однако следует отметить, что риск возникновения поражения мозга от заболевания коклюшем в 3000 раз выше, чем от введения вакцины»[681]. О не выдерживающих никакой критики методах определения соотношения риска болезни и риска осложнений при прививке речь пойдет в главе о кори, а потому сейчас я на этом останавливаться не буду.

Отсутствие малейших признаков чести и совести – характерная черта работ большинства «специалистов в вакцинологии». Тем не менее, всегда были и есть честные ученые, спасающие честь мундира профессии перед лицом позорящих ее «экспертов» вроде Черри.

Серия сообщений в английских средствах массовой информации о погибших и искалеченных прививкой детях стала причиной резкого падения числа привитых детей (с 80 до 30 %; в некоторых районах вообще было не более 9 % привитых) в Великобритании в период с 1974 по 1978 г., что, как утверждается, стало причиной возросшей заболеваемости, когда в период с 1977 по 1979 г. было зарегистрировано «свыше 100 тыс. случаев коклюша», причем «многие закончились смертью». Сообщение об этом факте уже долгие годы кочует по прививочным агитматериалам и, безусловно, требует комментариев. Эти якобы связанные с низким процентом привитых вспышки или эпидемии коклюша изучал проф. Говард Стюарт с кафедры общественной медицины университета в Глазго.

В своих статьях[682] он заявил, что, согласно его анализу, коклюшная вакцина в самом лучшем случае лишь частично способствовала снижению заболеваемости коклюшем, *но никогда не доказала свою эффективность в защите тех, для кого коклюш только и может представлять реальную опасность, а именно детей в возрасте до года.* Примерно 30–50 % заболевающих во всех вспышках и эпидемиях неизменно составляли полностью привитые[683]. Около 95 % непривитых детей в возрастной группе от рождения до пяти лет либо вообще не заболели коклюшем (хотя известно о высокой к нему восприимчивости), либо о факте их заболевания не сообщалось. Стюарт указал, что эпидемии коклюша происходят каждые три-четыре года вне зависимости от того, каков процент привитых; таким образом, случившаяся эпидемия (1977–1978 гг.) была вполне ожидаема по срокам, и ничего удивительного в ней не было. При том, что *заболеваемость* действительно оказалась немалой и даже превышающей прежний рекорд от 1967 г., эпидемия была примечательна наименьшей когда-либо регистрировавшейся *смертностью.* Никакой разницы в пропорции заболевших привитых по отношению к предыдущим эпидемиям обнаружено не было. То же самое, со слов Стюарта, наблюдалось и в Канаде, и в США при большем проценте привитых. В заключение статьи Стюарт заявил, что сотни, если не тысячи здоровых до того детей получили необратимое повреждение мозга в результате использования этой вакцины в Великобритании. Стюарт выразил также сожаление, что разрешил привить от коклюша своих собственных детей в 1950-х гг. Другой профессор, немец Вольфганг Эренгут, критикуя выводы британского проприививочного Объединенного комитета по прививкам и иммунизации, указал, что в 1970–71 гг., при 70–80 % привитых против коклюша детей, было зарегистрировано 33 тыс. случаев коклюша и 41 смерть от него, тогда как во время очередной вспышки в 1974–75 гг., при значительном снижении процента привитых (до 30 %, в некоторых районах до 10 %), были отмечены лишь 25 тыс. случаев и 25 смертей. В той же статье Эренгут указал и на другие любопытные цифры. После серии несчастий, последовавших за прививкой, включавшей в себя коклюшный компонент, в 1962 г. Гамбурге было решено от нее отказаться. За 15 лет, проанализированных Эренгутом в его статье, в течение которых прививки не делались, обращения в больницы по

поводу коклюша снизились с 3,7 до 0,8 на тысячу заболевших, при этом число осложнений также снизилось[684].

Разумеется, во все эти статистические тонкости и не думали вдаваться российские авторы, бездумно повторившие стандартную прививочную мантру: «Следствием (отказов от прививок из-за тяжелых осложнений. – *А. К.*) явились сокращение числа привитых АКДС-вакциной детей и полный отказ от иммунизации в таких странах, как Швеция, Англия, Япония. Это привело к повсеместному распространению коклюша на данных территориях и развитию эпидемий, сопровождавшихся летальным исходом среди детей до 1 мес. жизни в 1–3% случаев и среди детей в возрасте 2,5 мес. – в 1,2–3% случаев. Таким образом, эффективность специфической профилактики в борьбе против коклюша была очевидна»[685]. Да кому же, спрашивается, она была очевидна? Ведь, как установлено (см. начало этой главы), *основной причиной заражения младенцев являются подростки и взрослые, привитые в детстве и утратившие иммунитет,* а первая прививка делается в 3 месяца жизни! Учитывая все это, в пользу какой «специфической профилактики» может говорить большая или меньшая связанная с коклюшем летальность у детей в возрасте 1–2,5 мес. жизни? Это всего лишь один пример нелепостей, которыми богата пропрививочная литература. Внимательный читатель на каждом шагу обнаруживает натяжки, подлоги, манипулирование статистикой.

В 1982 г. в Великобритании медчиновниками было сообщено о 65 875 случаях заболевания коклюшем, из которых 14 закончились смертью. В средствах массовой информации началась настоящая вакханалия: газеты выходили с аршинными заголовками «Новая жертва смертельного заболевания», «Коклюш достиг нового пика» и прочими в том же духе, живописуя детей, рвущих в кашле легкие и получающих повреждения мозга. Разумеется, каждая статья заканчивалась призывом немедленно привить ребенка, если это еще не было сделано. Д-р Герберт Барри из лондонского госпиталя Чаринг-кросс был одним из немногих, кто энергично протестовал против развязанной в прессе заказной кампании. В 1983 г. он писал: «С чего бы вдруг вся эта шумиха вокруг десятка смертей (вероятно, в результате неправильного лечения) от коклюша, когда у нас каждый год 2500 смертей от СВДС, 2000 смертей в результате несчастных случаев и 2500 смертей во время

родов, которые можно было предотвратить?». В интервью, данном в 1984 г., он также заявил, что эпидемия была раздута искусственно: во время этой «эпидемии» врачи сообщали о таких случаях коклюша, которые бы в другое время получили у них иной диагноз. Даже в больнице лишь у половины пациентов делается анализ на выявление возбудителя болезни; в поликлинических же условиях он не делается почти никогда, поэтому никакой уверенности в правильности поставленных диагнозов быть не может. Кроме того, почти все случаи были характерны для очень мягкого течения коклюша. В Чаринг-кросском госпитале, обслуживающем 25 тыс. детей, было лишь шесть госпитализаций по поводу коклюша, и все дети вернулись домой в течение трех дней[686].

Собственно, доказательств провала опасной вакцины так много, а оснований для действительно серьезных опасений за судьбы заболевших коклюшем так мало, что можно лишь удивляться – не тому даже, что вакцинаторы все еще запускают свои пропагандистские мыльные пузыри о чудесах прививочной защиты от коклюша (это их работа и их кусок хлеба), как тому, сколько людей, в том числе и весьма образованных, в них верят. Шведский эпидемиолог Б. Троллфорс тщательно изучил вакцину против коклюша и заявил в 1984 г., что максимальный ее защитный эффект не длится более двух – пяти лет и что она не способна предотвратить заболевания коклюшем даже в таких странах с 90–95 %-ным «охватом» прививками, как США. Он указал, что смертность от коклюша в индустриально развитых странах крайне низка и *никоим образом не связана с процентом привитых в них,* а также отметил тот факт, что смертность от коклюша в начале 1970-х в Англии и Уэльсе и Западной Германии, когда процент привитых был выше, превосходила смертность от него в конце 1980-х, когда процент привитых значительно снизился.

В 1989 г. в Уоррентоне (Виржиния) состоялась конференция «Неврологические осложнения коклюша и прививки против коклюша», на которой выступали известные неврологи проф. Джон Менкес и д-р М. Кинсборн. В своем докладе они оценили смертность от коклюша в 2–3 на 1000 случаев, вероятность судорог – в 1,9 %, а энцефалопатии – 0,3 %. Что же касается вакцины DPT, то исследователи заявили, что она не стандартизована не только между разными производителями, но даже между разными сериями одного производителя, а сила и

реактогенность вакцины, пока она не будет заморожена, зависят от сроков ее хранения. Менкес и Кинсборн заявили также, что вероятность заболевания, ведущего к необратимому поражению мозга, в 4,5 раза выше для детей, получивших прививку DPT, в течение 72 часов после нее, чем для детей контрольной группы. Ими также было отмечено, что неврологи согласны между собой в том, что хотя судороги после прививки DPT и возникают на фоне повышенной температуры, они непосредственно с ней не связаны и являются далеко не столь безобидными, как обычные судороги младенцев при лихорадке. Риск необратимого повреждения мозга для детей, прививаемых DPT, был оценен ими как 1 на 310 000 доз, что для ребенка, получающего 5 доз этой вакцины, означает риск 1 на 62 000. Д-р Менкес, автор классического руководства по детской неврологии, известен в качестве подлинно независимого ученого, решительно выступившего против мнения каучукового большинства на заседании Академии неврологии, собравшейся в 1991 г., чтобы на основании «мнения» Черри и К° провести заказную резолюцию об отсутствии связи прививки и поражения мозга[687].

В интернетовских дискуссиях автору этой книги не раз приходилось встречать сообщения родителей, из которых следовало, что врачи проявляют повышенное внимание к непривитым детям и в отношении них часто подозрительно настойчивы в своем требовании сделать посев мокроты или серологический анализ, которые могут подтвердить диагноз коклюша. Когда же на прием приходит привитый против коклюша, то по умолчанию считается, что коклюша у него быть не может, а потому ребенок без всяких анализов получает диагноз бронхита, ларингита, ОРВИ и т. д. Это одно из напрашивающихся в первую очередь объяснений многократного снижения заболеваемости коклюшем после введения прививок. С другой стороны, как только начинается снижение процента заветного прививочного «охвата», врачи, по выражению проф. Роберта Мендельсона, склонны ставить диагноз коклюша каждый раз, когда ребенку вздумается прочистить горло, – создавая нужную статистику, свидетельствующую о необходимости срочно начинать прививки, и провоцируя естественные родительские страхи[688]. За руку поймать вакцинаторов трудно, хотя такие попытки и предпринимались. В своей новой книге, которую я уже ранее упоминал, Хилари Батлер пишет о внезапной эпидемии

бронхитов, аденовирусной инфекции, астмы и даже псевдококлюша – чего угодно, только не коклюша! – случившейся в 1995 г. в Новой Зеландии у полностью привитых от коклюша детей. Инициативной группе родителей, немало удивленных яростным нежеланием докторов признать совершенно очевидный даже для непрофессионала коклюш, удалось с помощью нескольких не до конца потерявших совесть врачей общей практики проверить методом ПЦР (полимеразной цепной реакции) восемь образцов мокроты, полученных от заболевших детей из двух семей. Разумеется, все они оказались положительными на возбудителя коклюша. По стране поползли слухи, началось крайне нежелательное для прививочного «охвата» брожение умов, и Министерство здравоохранения поспешило вмешаться… запретив всем врачам на госслужбе делать анализы на возбудителя коклюша методом ПЦР как «слишком дорогие и неоправданные для детей, не страдающих от тяжелых болезней». Похвальная забота о сохранности бюджета здравоохранения, не так ли?

Попутно я отмечу, что последствия постановки нужных диагнозов, призванных поддержать веру публики в прививки, и фальсификации статистики далеко не так безобидны, как это кажется на первый взгляд. Больных «бронхитом» или «астмой» не изолируют даже в самый острый период спастического кашля, им назначают неверное лечение, родителей уверяют в незаразности «бронхита», и в результате серьезно страдают как сами заболевшие, так и окружающие. Ложные эпидемиологические данные не дают возможность оценивать истинную динамику заболевания и принимать соответствующие меры в масштабах страны. Наличие в таких действиях состава преступления должны определить юристы. Я лично считаю их несомненным злоумышлением.

Именно последствия прививок вакцинами, включающими в себя коклюшный компонент, стали причиной создания национальных компенсационных программ жертвам прививок (в 1970 г. в Японии, в 1978 г. в Великобритании[689], в 1986 г. в США, после телевизионной программы «DPT – прививочная рулетка» и выхода в свет книги Култера и Фишер «DPT – выстрел в темноте»). Кстати, через несколько месяцев после программы «DPT – прививочная рулетка», показанной по многим каналам в США в 1982 г., штаты Висконсин и Мэриленд поспешили объявить об «эпидемии коклюша», причем у мэрилендских

медчиновников даже хватило глупости связать «эпидемию» с массовыми отказами посмотревших передачу родителей прививать своих детей от коклюша (на деле требуется минимум несколько лет, чтобы последствия снижения «коллективного иммунитета» могли воплотиться во что бы то ни было серьезное). К осени 1982 г. в Мэриленде было сообщено о 41 заболевшем коклюшем. Специалист по инфекционным болезням д-р Дж. Э. Моррис, ранее уволенный из Управления контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA) за «нарушение субординации» (читай: за разоблачения махинаций с гриппозными вакцинами, см. главу о гриппе), взялся проверить эту информацию и обнаружил, что на самом деле возбудитель коклюша был обнаружен лишь у пяти детей, причем *все пятеро были привиты – один полностью (четыре дозы вакцины), остальные – частично (одна и больше доз)*[690]. После этого «эпидемия» закончилась так же внезапно, как и началась. Вряд ли могут быть сомнения, что если бы все «страшные эпидемии коклюша», которыми так любят запугивать родителей бойцы прививочного фронта, проверялись таким же образом, то результаты были бы весьма близки к полученным Моррисом: никаких жутких «эпидемий» в действительности нет, а привитые болеют ничуть не хуже непривитых.

Наивно было бы думать, что при «тотальном охвате», даже веря в действительную эффективность прививки и считая несчастных искалеченных прививкой и убитых ею неизбежными жертвами общественному благу, можно решить все проблемы с коклюшем. Недавнее подтверждение мы получили на примере Голландии, где дети уже долгие годы дисциплинированно прививаются родителями и заветный «охват» оценивается в 96 % – выше, чем любой установленный вакцинаторами необходимый процент для прочного «коллективного иммунитета». В 1995 г. было зарегистрировано 325 случаев коклюша, в 1996 г. – 2778, к ноябрю 1997 г. – 3747. У заболевших были выделены… штаммы мутировавшего возбудителя[691]. Они же обнаружились позднее в Германии, Франции и Италии. Неужели теперь придется придумывать вакцину против новых штаммов коклюша и так ad infinitum, на радость производителям и распространителям вакцин?

Помимо всех прочих проблем, связанных с опасностью и очевидной неэффективностью вакцины, есть еще одна, которая также

обычно замалчивается для широкой публики. Как в руководствах по инфекционным болезням, так и в сравнительно грамотных прививочных брошюрах упоминается, что младенцы в течение нескольких (до пяти-шести) месяцев жизни пассивно защищены от коклюша материнскими антителами, полученными через плаценту; кроме того, антитела поступают и с грудным молоком (что, повторю лишний раз, указывает на огромную важность грудного вскармливания), а потому ранняя вакцинация бессмысленна из-за блокировки «вакцинального процесса» материнскими антителами[692]. Это все правильно, но лишь в том случае, если сама мать в детстве имела контакт с естественной коклюшной инфекцией и приобрела к ней стойкий иммунитет. Однако в связи с тем, что ныне уже второе поколение матерей лишается возможности приобрести такой иммунитет (плановые прививки против коклюша начались в СССР в 1959 г.), так как у них он был подменен нестойким прививочным, матери не могут передать защиту свои младенцам. Этим объясняется уже отмеченное выше неуклонное смещение заболеваемости в самый ранний возраст, когда болезнь наиболее опасна. Даже самая первая прививка делается лишь в возрасте трех месяцев. Получается, что у привитой матери ребенок беззащитен перед коклюшем в течение всего «допрививочного» периода жизни[693]. Да и эффективность первой прививки под неменьшим сомнением, нежели все последующие, не говоря уже об опасности тяжелых и необратимых заболеваний, которые могут стать ее следствием. Сомнительно, что кто-либо имеет представление, как при нынешней прививкомании выйти из этого заколдованного круга, характерного также и для кори, о чем речь пойдет в соответствующей главе. Сейчас в США начал дискутироваться вопрос, не следует ли прививать младенцев коклюшной вакциной *сразу же после рождения.*

По российскому календарю профилактических прививок вакцина АКДС планово вводится всем российским детям три раза с перерывом в один месяц с трехмесячного возраста. Ревакцинация в 18 месяцев. В любом случае из-за большого количества тяжелых осложнений коклюшная вакцина в возрасте старше семи лет не назначается. Производители вакцин решили устранить эту досадную несправедливость и разработать безопасную коклюшную вакцину для подростков и взрослых. И вот, буквально перед самым выходом книги,

Американская академия педиатрии рекомендовала наряду с плановыми прививками от дифтерии и столбняка прививки также и от коклюша для подростков (от 11 до 18 лет) вакцинами, содержащими кроме двух анатоксинов еще и бесклеточную вакцину от коклюша. Речь идет о вакцинах BOOSTRIX (производитель «Глаксо Смит Клайн») и ADACEL («Санофи Пастер»)[694]. В нагрузку за государственный (читай: налогоплательщиков) счет.

Другой традиционный и беспроигрышный трюк – «проталкивание» вакцин для подростков и взрослых под соусом заботы о здоровье детей: как только «взрослые» коклюшные вакцины станут общедоступны, каждой беременной будет рекомендовано за несколько месяцев до предполагаемых родов настоять на том, чтобы все в доме привились от коклюша и тем самым защитили будущего ребенка, который будет лишен естественной защиты из-за прививок, полученных в свое время его матерью. Производители вакцин уже начали обсуждать будущие кампании такого рода. Это хороший пример бесконечной, но финансово очень выгодной прививочной цепочки: сначала прививками создают новые контингенты восприимчивого к инфекции населения (младенцы, подростки, взрослые), а потом придумывают новые вакцины, чтобы и их привить.

Вакцина АКДС содержит в качестве инактиватора коклюшного и дифтерийного токсинов формальдегид, а в качестве консерванта мертиолят в концентрации 0,01 %[695].

Бесклеточная (ацеллюлярная) вакцина

После смерти двух младенцев от прививки DPT в 1976 г. в Японии срочно начали разрабатывать новую коклюшную вакцину. Она была лицензирована и стала там применяться в 1981 г. Бесклеточная вакцина представляет собой смесь коклюшного анатоксина и антигенов возбудителя болезни, иммунная реакция в ответ на введение которых должна обеспечивать невосприимчивость к болезни. Сам возбудитель в таких вакцинах отсутствует. Эта вакцина выпускается рядом компаний и различается лишь по количеству содержащихся в ней антигенов. Предполагалось, что за счет «прицельного» выделения антигенов эта вакцина будет свободна от побочных явлений, характерных для ее цельноклеточной (корпускулярной) предшественницы. Однако, похоже, ожидания эти оправдались лишь частично, поскольку и по сей день точно не известно, какие именно антигены запускают иммунный ответ, а какие обусловливают тяжелые реакции со стороны нервной системы заболевшего или привитого; потому и антигенный набор вакцины построен больше на гипотезах разной степени сомнительности и догадках, чем на точных сведениях. Вслед за введением новой вакцины были отмечены как стандартные местные реакции, так и системные, например конвульсии[696]. После тщательного изучения двух японских вакцин в 1986–87 гг. шведская Национальная бактериологическая лаборатория отказала японцам в продолжении процедуры лицензирования этих вакцин – как вследствие того, что эффективность вакцины оказалась не только не выше, но и, вероятно, ниже, чем у цельноклеточной вакцины, так и вследствие ряда необъяснимых смертей привитых этими вакцинами детей от присоединения бактериальной инфекции (скончались 11 детей из 2800 получивших прививки)[697]. Представитель ВОЗ д-р Марк Кейн заявил в 1996 г., что новая вакцина не имеет никаких преимуществ перед старой в смысле эффективности. Что касается главного своего предназначения – снизить число тяжелых последствий использования коклюшной вакцины, – новая вакцина, согласно данным некоторых исследований, не оправдала возлагавшихся на нее надежд. Разницы в количестве случаев СВДС и близких к нему состояний, госпитализаций, энцефалопатии и отставания в развитии относительно цельноклеточной вакцины не

обнаружилось[698]. Впрочем, другие исследования были более благосклонны к бесклеточной вакцине. Неоднократно цитировавшиеся в этой главе Дэвид и Марк Гейеры исследовали базу данных Системы сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) и обнаружили, что бесклеточная вакцина дает значительно меньшее количество побочных реакций любого рода[699]. Кроме того, в США имелся опыт ее производства еще с 1930-х гг., и он показывал, что бесклеточная вакцина действительно дает меньшее количество тяжелых побочных эффектов. Российские авторы сообщают: «Реактогенность бесклеточных вакцин намного ниже реактогенности корпускулярной вакцины. На введение бесклеточной коклюшной вакцины значительно реже возникают как общие, так и местные реакции (лихорадка – в 7 раз, гипертермия – в 4 раза, отечность – в 5–6 раз, болезненность – в 14 раз»)[700].

Важной для понимания законов, по которым работает прививочный бизнес, будет информация о том, что немалое количество американских компаний разрабатывало, начиная с 1920-х гг., эту, вероятно, более безопасную вакцину. Однако в итоге все они отказались от ее массового производства и маркетинга. Причина? Раз заявив, что располагают новой, более безопасной вакциной, они могли стать объектом судебных исков, в которых истцы бы утверждали, что компании уже знают, как делать лучший продукт, но в силу тех или иных причин продолжают поставлять на рынок худший, более опасный[701].

В 1985 г. американский Институт медицины признал возможность тяжелых неврологических осложнений после прививки DPT и рекомендовал заменить цельноклеточную вакцину против коклюша на бесклеточную (ацеллюлярную). Рекомендация была проигнорирована, а вместо разработки безопасной вакцины производители DPT предпочли тратить деньги на подкуп «независимых экспертов». Однако в 1990-х гг., несмотря на все ухищрения разнообразных черри и их работодателей, ситуация изменилась. Несколько очень крупных исков, после тяжелого многолетнего разбирательства, были все же выиграны в рамках Национальной программы компенсаций пострадавшим от прививок. Три раза собиравшаяся при Национальном институте здоровья США экспертная группа пришла к выводу о доказанности связи между вакциной DPT и поражением мозга и подчеркнула

необходимость перейти на новую, более безопасную вакцину. И, главное, настойчивость японцев и тех, кто их поддерживал (например, групп родителей), поставила на повестку дня вопрос о скором лицензировании японской бесклеточной вакцины. Чтобы не проиграть сражение за рынок, американские компании вынуждены были отказаться от битой ставки на мнения «экспертов» и начать разрабатывать свои собственные бесклеточные коклюшные вакцины. Сегодня в США цельноклеточная вакцина производится только на экспорт, а на внутреннем рынке с 2001 г. используется лишь бесклеточная вакцина.

Помимо прочих сложностей и вопросов, известно, что производство новой вакцины значительно сложнее, а цена ее в развитых странах (около 19,43$) примерно на 9$ превышает цену старой, что, учитывая необходимость многократного употребления вакцины, в рамках национальных прививочных программ небогатых стран может оказаться совершенно неприемлемым, хотя и утверждается, что при изначально более высокой стоимости бесклеточной вакцины ее применение снижает общемедицинские расходы (уход за заболевшим после прививки ребенком и, особенно, выплата компенсаций за инвалидность и смерти привитых цельноклеточной вакциной)[702]. Вопрос о лучших, более безопасных, но значительно более дорогих вакцинах ждет своего решения. Как и вопрос, нужны ли вообще коклюшные вакцины.

Надеюсь, что в этой главе я дал достаточно сведений для желающих серьезно задуматься о том, совместимы ли прививки против коклюша со здоровьем ребенка и не следует ли держаться как можно дальше от этого очень сомнительного блага. Решение примут сами родители.

Выводы

• Коклюш – болезнь преимущественно детского возраста, бывшая не- когда опасной в европейских странах и в Америке и остающаяся таковой для стран третьего мира сегодня. Перенесенная болезнь оставляет стойкий, обычно пожизненный иммунитет, который защищает и будущих детей в самом опасном по осложнениям коклюша возрасте.

• В развитых странах для коклюша сегодня характерно мягкое течение; серьезные случаи, осложнения и тем более смерти представляют собой крайне редкое явление и встречаются почти исключительно у детей в возрасте до шести месяцев.

• Есть данные, свидетельствующие в пользу высокой эффективности безопасной гомеопатической профилактики коклюша.

• Коклюшная вакцина (коклюшная составляющая многокомпонентных вакцин) традиционно считается одной из самых малоэффективных и одной из самых опасных из существующих ныне вакцин. Продолжающиеся в национальных масштабах прививочные кампании смещают болезнь в самый опасный младенческий возраст, лишают женщин возможности приобрести естественный иммунитет и увеличивают число больных стертыми формами коклюша взрослых, которые заражают детей.

• Новая бесклеточная (ацеллюлярная) вакцина также отнюдь не свободна от побочных эффектов, хотя, вероятно, более безопасна и эффективна, чем традиционная цельноклеточная вакцина.

Корь

Болезнь

Заболевание вызывается неустойчивым во внешней среде вирусом, выделяемым больным человеком. Неустойчивость вируса определяет и практически единственный путь его передачи – воздушно-капельный[703]. Инкубационный период продолжается около 10 дней, после чего следует продромальный, он же катаральный, 3–4 дня, с симптомами, характерными для всех острых респираторных вирусных болезней (резкий подъем температуры, разбитость, головная боль, светобоязнь, насморк, кашель). Обращает на себя внимание гиперемия (покраснение) слизистой рта и конъюнктивы. Идущий вслед за ним период высыпаний вносит ясность относительно характера болезни: сначала на слизистой щек, губ и десен появляются так называемые пятна Коплика (серовато-белесоватые точки, напоминающие манную крупу), которые исчезают в течение нескольких дней. Обычно возникновение пятен Коплика совпадает с пиком заразности кори, поэтому следует насколько возможно изолировать ребенка и не дать распространиться инфекции. Вслед за этим типичная коревая пятнисто-папулезная сыпь появляется на лице и за ушами, а потом постепенно спускается – на шею и плечи, на туловище, на руки и на ноги. Каждый этап «спуска» сыпи длится около суток. Через 3–4 дня после появления сыпи она начинает исчезать в том же порядке, в каком и появилась. Знакомые с гомеопатией сразу увидят, что такое перемещение сыпи соответствует т. н. закону Константина Геринга. Этот закон устанавливает, что направлениями излечения и, соответственно, критериями для контроля правильности выбора гомеопатического лекарства является движение симптомов сверху вниз, изнутри наружу, от более важных органов к менее важным и в хронологическом порядке, обратном их появлению. И на самом деле: атипичное течение кори, характерное для кори привитых, при котором сыпь вначале появляется на конечностях и лишь затем переходит на тело, сопровождается наибольшим числом осложнений.

Появление высыпаний характеризуется повторным, после продромального периода, повышением температуры (до 40 и даже иногда до 41 °C) и усилением симптомов со стороны дыхательной системы. Через 2–3 дня температура снижается и наступает быстрое

выздоровление. Пигментация кожи после исчезновения сыпи остается еще 2–3 недели. На пике болезни, помимо сыпи, достаточно характерен и внешний вид больного: одутловатое лицо, покрасневшие глаза, отечные гноящиеся веки, сухие губы.

Заразными являются больные за 2–3 дня до появления сыпи и в течение 4–5 дней после ее появления.

Для установления клинического диагноза достаточно наличие пятен Коплика[704] и истории предшествовавшего контакта с заболевшим корью. «Диагноз подтверждается серологически при обнаружении четырехкратного нарастания титра противокоревых антител в парных сыворотках крови больного. Первый раз кровь берут не позднее второго-третьего дня после появления сыпи, второй раз – через 14 дней»[705]. Применяется также серологический анализ слюны.

Специфического аллопатического лечения кори, как и практически всех детских инфекционных болезней вирусной природы, к счастью, не существует. Лучшее, что может сделать грамотный врач-аллопат, – оставить все как есть, предоставляя кори спокойно завершить ее естественный цикл. В противном случае приходится видеть немало осложнений. Пишет профессор в респектабельном «Британском медицинском журнале»: «Не только удивление, но и озабоченность вызывает отсутствие опубликованных научных данных по вопросам, имеющим решающее значение для обоснованного лечения кори. Недавний обзор клинических проблем, связанных с корью, обнаружил скудость сведений о факторах риска, этиологии, естественном течении болезни и лечении (за исключением применения витамина А) ее обычных осложнений»[706].

Гомеопатическое лечение кори вполне эффективно. Главная трудность использования гомеопатии лишь в том, что требуется хорошо распознавать симптомы и правильно выбирать одно лекарство среди множества кандидатов. Так, проф. Самуэль Лилиенталь в посвященной кори главе своей классической книги дает краткие характеристики 32 препаратов, которые могут понадобиться при лечении[707]. Ограничусь лишь кратким изложением сведений, полученных из работ гомеопатов, имеющих опыт лечения этой болезни.

Для профилактики кори и лечения ее последствий (астения, бронхиты, диарея) может быть рекомендован нозод *Morbillinum*. Д-р Агравал предлагает растворить 8–10 крупинок *Morbillinum* 30 в шести

унциях воды и принимать чайную ложку раствора 2–3 раза в день с перерывом в 2 часа в профилактических целях. Он же указывает, что во время эпидемий кори хорошие результаты отмечаются при ежедневном профилактическом приеме *Pulsatilla* 6 или 12, иногда чередуя ее с *Sulphur*[708]. Это вполне перекликается с известными словами проф. Дж. Т. Кента, говорившего, что рутинеры успешно справляются с корью, пользуясь лишь *Pulsatilla* и *Sulphur* и, иногда, *Aconitum* и *Euphrasia*[709]. На ранней стадии болезни, как обычно, требуется сделать правильный выбор между *Aconitum* и *Belladonna.* «Румяный, круглолицый, хорошо развитый ребенок внезапно заболевает: у него кашель, высокая температура, может быть рвота, пылающее лицо, сильное беспокойство; он пьет холодную воду, но не может утолить жажду. Возможно, за день до этого он был на холодном ветру. Если вы дадите такому ребенку *Aconitum,* то сыпь появится уже на следующий день, а через 2–3 дня он будет в полном порядке. Если же вы дадите *Aconitum* ребенку, у которого сильная жажда, но нет красного лица, беспокойства и страха, то вы не получите реакции и вам придется сменить лекарство через день или два», – пишет д-р Дороти Шеперд[710]. По ее опыту, *Sulphur* показан в тех случаях, когда нет иной ясной симптоматики, кроме сыпи, слабости и языка, обложенного грязным налетом; может быть зуд кожи. Как обычно, *Pulsatilla* требуется в случаях отсутствия жажды, при плаксивости и капризности ребенка, требующего к себе постоянного внимания (что отличает ее от *Bryonia,* когда ребенок в постоянной полудреме и не хочет, чтобы его беспокоили; движение ухудшает состояние), а *Rhus toxicodendron* – при различных болях и сильном беспокойстве в отсутствие страха. Картина *Kalium bichromicum* очень напоминает *Pulsatilla,* но имеются обильные клейкие тягучие выделения из глаз, носа и рта и опухшие шейные лимфатические узлы. Также может быть временная глухота вследствие воспаления евстахиевых труб. Выраженная жажда (ребенок постоянно требует холодную воду), высокая температура, быстрый пульс, пылающие щеки и вовлечение в процесс бронхов и легких требуют скорейшего назначения *Phosphorus.* Отлично зарекомендовала себя в лечении кори *Euphrasia.* Лекарственная картина этого препарата требует преимущественного поражения глаз при болезни. Опухшие воспаленные веки, жжение и зуд в глазах, отечная и одутловатая кожа вокруг глазных яблок, светобоязнь и беспрерывно льющиеся горячие

слезы, а также сильная головная боль и сухой кашель, ухудшающийся в дневное время и уменьшающийся в ночное, когда ребенок лежит, безошибочно указывают на этот препарат.

Есть еще несколько лекарств, которые могут быть показаны в самых типичных случаях кори. При *Gelsemium* болезнь развивается очень медленно; ребенок чувствует себя обессиленным и постоянно дремлет; веки словно налиты свинцом, тяжелые; так же трудно пошевелить рукой или ногой из-за слабости (а не из-за боли, как в случае *Bryonia*). Жажда отсутствует. Сильная слабость, прострация, постоянные тошнота и рвота в отсутствие жажды безошибочно указывают на *Ipecacuanha.* Назначение гомеопатических лекарств ускоряет появление сыпи и выздоровление. Особенно хорошо это видно на примере *Apis,* когда состояние ухудшается на фоне отсутствия сыпи. Помочь в выборе этого средства помогает выраженное желание прохлады, категорический отказ от горячего питья, одутловатость и покраснение лица, крик во сне. «Дайте *Apis* такому пациенту, и все пугающие менингеальные симптомы и мозговой крик исчезнут, быстро появится сыпь. Температура спадет, и через 3–4 дня вы вряд ли вспомните, что ребенок был болен»[711].

Некоторые описанные выше состояния, впрочем, принадлежат скорее прошлому и приведены здесь лишь для полноты картины. Они нетипичны для современных форм кори, встречающихся у здоровых в целом детей. Не следует давать ребенку ни согревающих, ни чрезмерно охлаждающих напитков. Прохладная минеральная вода, витамины и отдых в проветриваемой комнате будут лучшими из имеющихся в наличии у каждого родителя средств, позволяющих ребенку избежать ненужных и иногда опасных осложнений. Лондонский гомеопат, д-р Джейн Донеган в «Быстрых ответах» (Rapid responses) «Британского медицинского журнала» (обсуждение в Интернете публикаций бумажной версии издания) недавно писала о кори: «Стандартная медицинская процедура предусматривает сбивание температуры калполом (парацетамолом) или ибупрофеном. Это не слишком полезное мероприятие, когда подъем температуры является здоровой реакцией организма на инфекцию, вызванную вирусом или бактерией, и подобные меры противодействуют самому организму, стремящемуся вывести из себя токсины и привести себя в порядок. Кроме того, калпол расщепляется печенью. Печень является существенной частью

иммунной системы и во время болезни работает куда лучше, выполняя свои непосредственные иммунные функции, а не отвлекаясь от них на детоксикацию калпола. Родителям никто больше не дает здравых советов по уходу за ребенком во время инфекции – положить в постель, открыть окно, исключить молочные продукты, пить больше жидкости, не кормить, если не голоден, и если уж кормить, то только легкоусвояемой пищей в небольших количествах, давая отдыхать как можно больше»[712].

Несколько слов надо сказать об осложнениях. Опасна не сама полутора-двухнедельная болезнь, обычно не доставляющая никаких серьезных хлопот, а ее осложнения, связанные с присоединением бактериальной инфекции. Как правило, осложнения развиваются у взрослых или у детей, страдающих от истощения или хронических болезней. Среди осложнений на первом месте идут гнойные отиты и пневмонии. Именно они являются главной причиной смерти от кори в развитых странах. Тем не менее, попытка давать антибиотики при кори с профилактической целью может оказаться не менее пагубной, так как они угнетают функцию иммунной системы, работающую при кори на пределе. В странах третьего мира до самого последнего времени главной причиной детской смертности, связанной с корью, являлась диарея. После того, как африканские медики получили необходимые медикаменты и научились справляться с этим осложнением, смертность от кори резко снизилась[713].

Известно о таком тяжелом осложнении, как коревой энцефалит, частота которого варьирует в широких границах. Обычно в рекламно-прививочных материалах фигурирует цифра 1:1000 или 1:2000, оспариваемая здравомыслящими докторами либо как безмерно завышенная, либо как характерная лишь для кори у детей, живущих в особо тяжелых условиях или страдающих хроническими болезнями[714]. Кроме того, тот факт, что сообщается не обо всех случаях заболевания корью (особенно трудны для диагностики случаи кори, протекающей в мягких, стертых формах, которые чаще всего путают с краснухой), может искусственно завышать процент пострадавших от болезни. Впрочем, верно и обратное. Российские авторы сообщали: «При массовой вакцинации приобретает актуальность вопрос о дифференциальной диагностике кори и других экзантемных заболеваний среди привитых, так как известно, что в ряде

случаев кореподобные заболевания вызываются вирусом краснухи, аденовирусами, вирусами из группы Коксаки В и ECHO. Так, по данным обследования очагов и спорадических случаев, с применением вирусологических и серологических методов, диагноз кори был исключен соответственно в 31 и 24,1 % случаев. При этом основная масса детей, у которых диагноз был отвергнут, перенесли краснуху. Следовательно, можно думать о завышении числа регистрируемых очагов и количества заболевших»[715]. Однако если краснуху, легчайшую болезнь детского возраста, систематически путают с корью, то одно это уже вполне свидетельствует о том, насколько преувеличены охотно рисуемые вакцинаторами ужасы болезни в ее типичном виде.

Традиционно корь никогда не считалась особенно тяжелым детским заболеванием, и большинство читающих эти строки ею, несомненно, в свое время успешно переболели – как и иными детскими инфекционными болезнями, которые ныне объявляются чудовищно опасными – калечащими и убивающими всех подряд. Однако с корью действительно имеется определенное противоречие, которое очевидно, например, при сопоставлении двух цитат из советского врачебного журнала далеких 20-х годов прошлого века: «Не только в широкой публике, но и среди многих врачей принято считать [корь] неизбежной и легкой болезнью; поэтому, в случае появления ее в семье, родители не только не отделяют не болевших корью детей от больных, но даже преднамеренно соединяют их в одной комнате, дабы заразить всех детей и, таким образом, сразу отделаться от этой обязательной, безобидной болезни…», и далее там же: «По сведениям, поступившим в Главное управление врачебного инспектора, видно, что в 1913 г. от кори умерло 105 956 душ, то есть почти столько же, сколько от скарлатины (71 611) и от дифтерии (46 196), взятых вместе…»[716].

Что же получается: корь намного страшнее и скарлатины, и дифтерии, но никто об этом, кроме составителей статистических отчетов, не догадывается? Ответ, впрочем, существует. И мы его получаем из той же статьи советских авторов. Читаем далее: «Процент смертности колеблется в зависимости от характера эпидемии, возраста и социального положения больных. По исследованиям Rosenfeld'a, смертность от кори среди беднейшей части населения Вены была в двадцать раз выше, чем среди богатой… Особенно опасна корь для рахитиков, коклюшных и туберкулезных больных. Ввиду этого,

необходимо всячески оберегать указанную большую группу детей от заболевания корью»[717]. В брошюре, посвященной гомеопатическому лечению, ее авторы, врачи-гомеопаты, в конце XIX в. уверенно писали: «Предсказание (то есть прогноз. – *А. К.*) при этой болезни всегда благоприятное при типическом ее течении, нужно принимать лишь все меры к предотвращению осложнений… Опасна корь лишь слабым, страдающим золотухой или в особенности туберкулезом… старым, беременным (являются выкидыши)»[718].

Здесь-то, полагаю, и зарыта собака. Образ кори как достаточно безобидной болезни, от которой здорового ребенка не только не следует беречь, но, как и в случае с краснухой, которою надо дать спокойно переболеть в отведенном для этого природой возрасте, создавался и укреплялся не в беднейших районах с рахитичными и страдающими от туберкулеза детьми, легко становящимися жертвой всех без исключения болезней, включая и корь, а там, где корь действительно никогда не представляла серьезной опасности. Пугающие же статистические данные получались и получаются путем сваливания вместе заболеваемости и смертности детей из рабочих трущоб периода XIX в. и из дворянских домов, из развивающихся и из развитых стран. Однако такие статистические трюки недопустимы в принятии решения о массовых прививках, не учитывающего пропасть между состоянием здоровья и реальным риском серьезно пострадать от последствий той или иной инфекционной болезни для детей, живущих фактически в разных мирах! Хотя смертность от кори в самые ее тяжелые эпидемии в XIX в. могла достигать 20 % среди детей беднейших классов, в США она снизилась до 2 %[719], а в Великобритании до 1 % к 1930-м гг.[720], а в середине века практически исчезла вообще[721]. В Испании в 1901 г. было зарегистрировано свыше 18 тыс. смертей от кори, а в 1982 г., когда в этой стране появилась прививка, их было всего 19. Во Франции в 1906 г. от кори скончались 3756 человек, а в 1983 г., когда с корью начали бороться вакцинами, жертвами кори стали лишь 20 человек. Таким образом, снижение смертности от кори в Испании и Франции превысило 99 % – без всяких прививок и при более чем удвоившемся населении![722] Та же динамика в целом была верна и для СССР: «В результате улучшения культурного и материального уровня жизни населения, а также мер, принятых для оздоровления детей, в 1930–1935 гг. наблюдалось постоянное снижение детской смертности, в том

числе и от кори. Резкому снижению смертности и летальности при этой инфекции способствовал также рост числа медицинских учреждений и медицинских кадров на всей территории страны… если в 1933 г. госпитальная летальность составляла 34,9 %, то уже в 1938–1941 гг. она снизилась до 7,7–8,3 %, а в 1943 г. даже до 1,6 % (хотя это были годы военной разрухи)… К концу 50-х годов уровень смертности от кори в СССР не превышал 1,8–2,5 на 100 тыс. населения. В последние годы перед введением вакцинопрофилактики ее показатель составлял всего 0,23 на 100 тыс. человек»[723].

Согласно данным Центра контроля заболеваний, в США в 1920 г. было зарегистрировано 465 048 случаев кори, из которых 7600 закончились смертью (то есть смертность составляла 1,634 %). А в 1960 г. (за несколько лет до появления первой массовой вакцины от кори), при возросшем более чем в полтора раза населении, было зарегистрировано 441 703 случая кори, среди которых смертельных было 380 (смертность – 0,086 %). Таким образом, за 40 лет смертность снизилась в 19 раз лишь за счет улучшения санитарно-гигиенических условий жизни населения (обеспечившего, соответственно, лучшее здоровье) и более адекватного лечения.

Здесь надо непременно сказать несколько слов о витамине А, открытом в 1913 г., и о его роли в лечении инфекционных заболеваний, поскольку это имеет непосредственное отношение к проблеме кори. Хотя связь дефицита витамина А (ретинола) с офтальмоксерозом и, как следствие, слепотой у детей была известна уже достаточно давно, лишь недавние исследования начали демонстрировать истинное значение этого витамина (которым так богат ненавистный всем детям рыбий жир) для здоровья человека[724]. Витамин А тесно связан с функцией иммунной системы, и дефицит его в организме ведет не только к высокой подверженности разнообразным инфекционным болезням. Сегодня уже имеются научные данные, показывающие связь нехватки витамина А с такими заболеваниями, как болезнь Лайма, ювенильный ревматоидный артрит, системная красная волчанка, сахарный диабет I типа. Истощение запасов витамина А было обнаружено при некоторых видах рака, а также при СПИДе. Однако важнее всего здесь то, что такое истощение обнаруживалось не только во время этих заболеваний (что могло быть просто сочтено их следствием), но и *перед* ними. Добавка витамина А к детскому рациону была объявлена Мировым

банком самой рентабельной инвестицией в здравоохранение из когда-либо существовавших[725]. Добавка витамина А в рацион детей помогла резко снизить смертность от кори[726] и вообще смертность детей в развивающихся странах[727]. Редактор престижного международного педиатрического журнала без обиняков заявил, что, вероятно, именно за витаминами, а не за прививками и антибиотиками, применение которых сталкивается с немалым количеством разнообразных трудностей, будущее более безопасной и эффективной педиатрии[728]. Как бы хотелось верить этим словам!

Добавка витамина А в дозе 100 000 МЕ помогает бороться с корью не только истощенным детям в развивающихся странах, но и нормально питающимся детям в странах развитых, как было показано коллективом японских исследователей[729]. Использовались и большие дозы. В Танзании детям, заболевшим корью, давали 200 000 МЕ с великолепным результатом[730], а в ЮАР была даже предложена доза в 400 000 МЕ. По сообщению исследователей из Кейптаунского университета, это более чем в три раза снизило смертность от кори и более чем в два раза – необходимость госпитализировать детей в отделение интенсивной терапии[731].

Интересные данные были получены в исследовании, проведенном в Индонезии, где решили проверить, насколько же обоснована рекомендация давать витамин А из тех же общих соображений вместе с прививкой против кори – мол, если отлично помогает при кори, так должно помочь и легче пережить прививку. Однако результаты оказались прямо противоположными тем, на которые все рассчитывали. Добавление витамина А не способствовало, а, наоборот, препятствовало выработке прививочных антител у детей, у которых уже имелись полученные от матери антитела, особенно у девочек[732]. Не углубляясь сейчас в эту тему, просто замечу: данные такого рода лишний раз подтверждают, что вакцины действуют некими противными естеству путями, и это еще больше увеличивает имеющиеся в отношении них сомнения. Вероятно, то же самое почувствовал и автор статьи, или же ему подсказали, что он был неправ, потому что два года спустя он опубликовал данные нового исследования, в котором полностью опровергал сам себя[733].

Интересно и другое наблюдение. Нам обычно сообщают, что прививка это «маленькая», почти что незаметная болезнь, проходящая

без видимых и ощутимых последствий для организма, в то время как настоящая болезнь может привести к катастрофическим последствиям. Поэтому-де следует предпочесть «маленькую». Не буду сейчас касаться бесчисленных наблюдений тяжелых болезней и смертей после прививок, но упомяну лишь одно чисто лабораторное исследование относительно витамина А, о котором мы сейчас говорим. В двух группах детей – привитых коревой моновакциной и вакциной MMR – был исследован уровень витамина А. В обеих группах он резко снижался на 9–14-й день после прививки; в группе, получившей прививку MMR, он начал подниматься на 30–42-й день[734]. Дальнейшая судьба его как в группе, получившей моновакцину, так и в группе, получившей MMR (вернулся ли он вообще к предшествующему уровню, и если да, то в течение какого времени), неизвестна – исследование не ставило своей целью определение этого. Другими словами, прививка приводит к истощению запасов витамина А, жизненно необходимого для организма. Под стать этому наблюдению и другое, сделанное японским авторским коллективом: в течение года *как минимум* (когда завершился эксперимент) у детей, привитых от кори, не мог восстановиться исходный уровень интерферона – вещества, отвечающего за нашу неуязвимость в отношении не только инфекционных, но и онкологических болезней[735]. Стоит ли после этого удивляться нередкому родительскому: «С момента как сделали прививку, вообще не был здоров»?

Как и в случаях с ветряной оспой, гепатитом А и эпидемическим паротитом (см. соответствующие главы), заболевание корью, вероятно, имеет и свои положительные стороны. В исследовании, опубликованном в 1996 г., было показано, что африканские дети, болевшие корью, в два раза менее подвержены астме, сенной лихорадке и экземе, чем их сверстники, которых корь миновала[736]. Автор небольшого обзора, в котором упоминались эта и другие публикации относительно того, что инфекционные болезни способны предотвращать болезни аллергические, приходит к выводу, что успехи иммунологии в понимании природы таких процессов ставят перед обществом новые непростые медицинские и этические проблемы. Допустимо ли менять, скажем, корь на заведомое увеличение количества аллергических заболеваний, и кто должен принять решение

о том или ином виде «обмена» – общество или индивид?[737] В другом исследовании были приведены данные о том, что взрослые, перенесшие корь, имеют меньшую заболеваемость различными онкологическими болезнями, включая рак шейки матки. С другой стороны, приписываемая прививкам нынешняя мягкость протекания кори, при которой почти нет сыпи, далеко не так безобидна, как кажется, ибо может указывать на неспособность организма к полноценному иммунному ответу. Там же автор сообщил, что те, у кого корь протекала без сыпи, имеют большую вероятность развития в будущем аутоиммунных и нейродегенеративных болезней[738].

Недавно коллектив исследователей из отделения молекулярной медицины в известном американском госпитале Майо (Рочестер, Миннесота) опубликовал свой отчет о влиянии ослабленного вируса кори на лимфому человека, воспроизведенную в эксперименте у мышей. Авторы продемонстрировали, что введение вируса кори в опухоль вызывает сильный онколитический (приводящий к разрушению опухоли) эффект вследствие притока нейтрофилов[739], что заставляет вспомнить о некогда предпринимавшихся довольно успешных экспериментах по лечению искусственным заражением корью некоторых болезней – например, нефротического синдрома у детей. Все, это, разумеется, не является прямым свидетельством в пользу кори как идеального средства профилактики и лечения, но лишний раз указывает на то, сколь многого мы еще не знаем об инфекционных болезнях, бездумно стремясь их искоренять – вполне вероятно, в ущерб собственному здоровью.

Вакцина

Первая вакцина против кори была разработана в 1940-х гг. в США и испытывалась на военнослужащих. Из-за тяжелых побочных реакций программа была признана неудачной и свернута. Возобновила ее в 1954 г. группа под руководством вирусолога Джона Ф. Эндерса (1897–1985), научившегося выделять вирус кори и выращивать его на культурах живых клеток. Первой применявшейся вакциной была убитая, но уже к середине 1960-х гг. доступной стала и живая.

В 1971–72 гг. на рынках появилась трехкомпонентная вакцина MMR (корь, эпидемический паротит, краснуха). Она включала в себя три вакцины, ранее вводившиеся отдельно – «Аттенувакс» (против кори), «Мампсвакс» (против свинки) и «Мерувакс» (краснуха). Сегодня практически во всех развитых странах мира коревая вакцина вводится прививаемым в составе тривакцины MMR и ее модификаций. Отдельным вопросом является необходимость объединения трех вакцин в одну. Одно из возможных объяснений, учитывающее интересы производителя комбинированной вакцины: желающие защитить своего ребенка от кори, которую родители полагают опасной, вынуждены будут получить также «в нагрузку» защиту от свинки и краснухи, прививать от которых в противном случае родители не пожелали бы в связи с заведомой легкостью этих болезней[740].

Исследования безопасности вакцины были очень краткими и не отвечающими серьезным критериям безопасности лекарств для массового использования, а долгосрочные последствия применения тривалентной вакцины (например, хронические болезни как возможный результат прививки) никто не изучал вообще. За результатами введения вакцины следили в течение 3–4 недель, часто – не больше двух. При этом, как недавно выяснилось, в экспериментах, проведенных над детьми в развивающихся странах перед лицензированием MMR, постоянно наблюдались неблагоприятные реакции со стороны желудочно-кишечного тракта, и они не прекращались ко времени окончания наблюдения (через 2–3 недели после прививки), но прививочные исследователи их просто игнорировали. Наоборот – период наблюдения был даже сокращен с 28 дней до 21 дня[741]. Эта информация для нас крайне важна из-за бурно

обсуждаемой ныне возможной связи вакцины MMR и аутизма. Перед тем, как я кратко изложу суть проблемы, отмечу лишь, что в течение 1970-х гг. вакцина MMR назначалась в возрасте 15 месяцев и при непременном условии хорошего состояния здоровья прививаемого, но вскоре лавинообразное увеличение количества прививок заставило вакцинаторов пренебречь здравым смыслом. Сегодня в США дети получают MMR уже в возрасте 12 месяцев (срок снизили из-за недостаточной защиты, получаемой с материнскими антителами – ведь матери сами были привиты и не перенесли естественную корь), при этом как правило – вместе с последней прививкой против гемофильной палочки, третьей дозой вакцины против гепатита B и вакциной против ветряной оспы. Шесть вакцин за один раз! Мало того. Прививать вакциной MMR стало можно не только здоровых, но и больных и получающих антибиотики детей, при единственном условии отсутствия высокой температуры.

Аутизм был практически неизвестен в мире до конца 1940-х гг., когда сначала прививки от дифтерии и столбняка, а потом и от коклюша стали действительно массовыми. Первые одиннадцать случаев аутизма были описаны известным психиатром Лео Каннером (1894–1981) лишь в 1943 г. Резкое увеличение заболеваемости аутизмом, ныне приобретшее масштабы настоящей эпидемии, началось в США в конце 1970-х гг., а в Великобритании – после 1988 г., когда в иммунизационный календарь вошла вакцина MMR[742], которая, вероятно, стала той самой соломинкой, что ломает спину верблюду. При этом качественно изменилась и сама болезнь. Если раньше о ребенке обычно говорилось, что «он родился аутистом», то теперь значительное число случаев аутизма представляет собой так называемый регрессивный аутизм. Это означает, что ребенок рождается совершенно здоровым и прекрасно развивается до возраста 12–18 мес, после чего внезапно теряет все уже имеющиеся у него социальные навыки (перестает говорить, вступать в контакт, узнавать окружение, замыкается в своем мире, теряет способность выражать эмоции) и больше не приобретает новые. Кроме тяжелых поведенческих нарушений, делающих невозможным адаптацию таких детей в обществе, они страдают от запоров и поносов (или комбинации того и другого), у многих появляются судороги, склонность к повторным инфекциям и пр., так что читатели могут представить, как невыносимо

тяжело приходится их родным и близким и каким грузом ложится уход за такими детьми на плечи родителей и государства. Мальчики страдают аутизмом в 3–5 раз чаще, чем девочки (возможное объяснение этого феномена, связанное с усилением тестостероном токсичности ртути, было дано в главе «Сведения по токсикологии веществ, входящих в состав вакцин»).

Многие родители обратили внимание на то, что начало болезни точно совпадало с периодом времени после прививки MMR. Родители также отмечали, что после того, как ценой невероятных усилий (медикаменты, диета, поведенческая терапия) удавалось хоть немного выправить ситуацию, все приобретенное немедленно терялось после второй прививки MMR в возрасте 5 лет. Несмотря на столь явную причинно-следственную связь, медицинские власти отказываются признавать какую-либо связь прививки MMR и аутизма (что легко понять, ибо сумма исков, которые следовало бы удовлетворить, исчислялась бы миллиардами долларов), заявляя, что это всего лишь совпадение, поскольку аутизм обычно начинается на втором году жизни. Однако это «обычно» стало обычным именно после появления прививки MMR. По заявлению д-ра Бернарда Римленда, основателя Американской аутистической ассоциации и директора Института исследования аутизма в Сан-Диего (Калифорния), ни в 1950-х, ни в 1960-х, ни даже в 1970-х гг. почти ничего не было известно о том, что аутизм начинается на втором году жизни, в то время как сейчас число случаев такого позднего аутизма превышает число случаев «классического» в пять раз. Для читателей я отмечу, что аутизм в самых тяжелых своих проявлениях – это лишь верхушка айсберга. Есть огромное количество нарушений, называемых «заболевания аутистического спектра», которые, хотя не так тяжелы в своих проявлениях, тоже делают очень трудным, если вообще возможным, обучение ребенка в нормальной школе. Среди таких синдромов гиперактивность с дефицитом внимания, необучаемость чтению и письму, неспособность к концентрации внимания различной степени выраженности и другие. В своей книге, подробно анализирующей связь описанных выше нарушений с вялотекущим поствпрививочным энцефалитом, д-р Харрис Култер отметил, что ныне от таких нарушений страдают от 20 до 25 % всех американских школьников. «Если бы враг со стороны нанес такой ущерб нашим детям, мы

объявили бы ему войну. Но… мы ведем эту войну сами с собой… Каждый день, что продолжается эта программа [прививок], сотни здоровых детей превращаются в умственно отсталых, слепых, глухих, аутистов, эпилептиков, в неспособных к обучению, в эмоционально неустойчивых, в будущих несовершеннолетних правонарушителей, а позднее – преступников»[743].

В феврале 1998 г. «Ланцет» опубликовал статью британского ученого, хирурга-гастроэнтеролога Эндрю Вейкфилда и его коллег, давшую старт большому скандалу вокруг вакцины MMR. Это исследование было сделано по просьбе и за деньги (что позднее ему пытались поставить в вину, назвав это «конфликтом интересов») родителей детей, больных аутизмом. Группа Вейкфилда в лондонском Королевском Свободном госпитале (Royal Free hospital) изучала заболевания кишечника у детей-аутистов. Были обследованы 12 детей (к моменту, когда статья была опубликована, к ним, по заявлению самого Вейкфилда, прибавились еще 39), и у большинства были обнаружены неспецифический колит и гиперплазия лимфоузлов подвздошной кишки. В заключение авторы заявили: «В большинстве случаев симптомы появлялись после прививки против кори, свинки и краснухи. Требуются дополнительные исследования для более детального изучения этого синдрома и его возможной связи с вакциной»[744]. Кроме того, профессору О'Лири из Дублина, работавшему вместе с Вейкфилдом, удалось выделить штамм прививочного вируса кори из взятых из стенок кишечника биопсий (штаммы прививочного вируса кори позднее были обнаружены другими исследователями в спинномозговой жидкости детей-аутистов). На Вейкфилда обрушился шквал критики медицинских чиновников и всех, кто прямо или косвенно кормится от производства и реализации вакцин, и началась его неприкрытая травля. В результате он потерял работу в госпитале (официальная формулировка: его работа «перестала соответствовать исследовательской стратегии отделения») и с женой и четырьмя детьми перебрался в США. При этом национальные министерства здравоохранения истратили куда больше денег на очернение личности Вейкфилда (который до того, как была напечатана его статья в «Ланцете», имел уже 135 (!) публикаций в самых престижных рецензируемых медицинских журналах и считался вполне респектабельным специалистом) и на защиту вакцины MMR, чем на

реальное изучение проблемы аутизма. Однако вскоре появились новые исследования, подтверждающие исследование Вейкфилда. Так, вирус кори был обнаружен в лимфоузлах тонкой кишки у 75 из 91 ребенка, страдающего от поведенческих нарушений, в то время как в контрольной группе он был найден лишь у 5 из 70[745]. Были опубликованы статьи, указывающие на значительный рост заболеваемости аутизмом после введения в массовое использование вакцины MMR. Например, было отмечено значительное увеличение заболеваемости аутизмом в Финляндии[746] (почему для нас важна именно эта страна, станет ясно дальше).

Стремительный рост заболеваемости аутизмом на фоне разворачивающихся новых прививочных программ в конце 80-х – начале 90-х гг. привел к тому, что среди пострадавших оказались дети и внуки в том числе и врачей, и политических деятелей, и ученых[747]. Это создало принципиально новую ситуацию. Если раньше достаточно было отмахнуться от какой-нибудь не в меру докучливой родительской организации наукообразным исследованием, оплаченным производителем вакцин (читатели, конечно, помнят «независимого эксперта» проф. Дж. Черри из главы о коклюше?), то теперь среди критиков таких исследований появились фигуры, своим весом в обществе (не говоря уже о научной добросовестности) превосходящие тех, кому было поручено писать в защиту вакцин. Производители вакцин и правительственные организации начали срочно нанимать «независимые исследовательские группы», призванные реабилитировать вакцину MMR, а с нею и безопасность всех прививочных программ, однако на этот раз успехи оказались достаточно скромными. На скорую руку сколоченное эпидемиологическое исследование, опубликованное в том же «Ланцете» в следующем году[748], оказалось настолько убогим, что даже сами вакцинаторы очень скоро перестали ссылаться на него как хоть сколько-нибудь весомое. На заседании Королевского статистического общества 28 марта 2000 г. статистик д-р Дж. Роджер показал, что авторы в лучшем случае запутались и не поняли ими же самими приводимой статистики, в полном противоречии с их выводами отнюдь не отрицающей рост заболеваемости аутизмом после введения в прививочный календарь прививки вакциной MMR. Сходная судьба ожидала другое заказное (на этот раз оплаченное американским

Центром контроля заболеваний) исследование, основанное на датских данных, которое должно было полностью реабилитировать вакцину MMR и поставить жирную точку в споре вокруг нее[749]. Оно было раскритиковано специалистами из противоположного лагеря. Последние продемонстрировали не только научную нечистоплотность авторов публикации, но и то, что эти авторы, сами того не подозревая и уж конечно не желая, показали именно то, что было на самом деле – значительное увеличение заболеваемости аутизмом в Дании после появления вакцины MMR[750]. В недавнем японском исследовании авторы пытались доказать, что удаление прививки MMR из национального прививочного календаря в 1993 г. никак не сказалось на частоте аутистических расстройств[751]. И вновь оппоненты показали, что лишний раз подтверждается их теория об опасности прививочных «коктейлей» из нескольких живых вирусов: несмотря на отмену MMR, японские дети получали живые вакцины от кори, краснухи и эпидемического паротита в течение всего лишь одного года, что было, по сути, той же самой прививкой MMR…

Но мало этого. Сильные родительские организации США сумели привлечь частные пожертвования на финансирование неугодных истеблишменту исследований независимых ученых, которые поставили своей целью разработку гипотезы, что связь между вакциной MMR и аутизмом существует – например, исследования группы проф. Сингха, о чем несколько слов будет сказано ниже.

Поскольку беспрерывно появляются все новые публикации о природе аутизма и аутистических расстройств и возможной их связи с прививками, я не стану останавливаться на подробном изложении всех материалов. Главными гипотезами ныне считаются две. Первая связывает развитие аутизма у генетически предрасположенных к этому детей с наличием в вакцинах ртути (в составе тиомерсала, в российских вакцинах именуемого мертиолятом). Помимо всего прочего, во время разбирательств по вопросу наличия ртути в вакцинах выяснилось, что в течение почти 75 лет никто и никогда не только не изучал безопасность введения ртути младенцам и детям, но даже не учитывал, что ртуть выводится из организма очень медленно. Оказалось, что на фоне огромного количества содержащих тиомерсал вакцин, получаемых детьми, она способна накапливаться, и вызывать поражение центральной нервной системы у некоторых восприимчивых детей.

Исследования установили, что тиомерсал может пересекать гемато-энцефалический и плацентарный барьеры (это к вопросу о прививках беременным или желающим забеременеть!) и накапливаться в ткани мозга плода[752]. Было также показано, что дети, получившие вакцину DTaP без тиомерсала, имели намного меньший риск развития аутизма и заболеваний аутистического спектра, чем те, кто получил эту вакцину с тиомерсалом[753]. Поддерживает эту гипотезу наблюдаемое несомненное улучшение состояния у больных детей, получающих специальную терапию, направленную на связывание и выведение ртути из организма (хелатирование). Важно наблюдение, что особенно быстрый рост заболеваемости аутизмом начался в США после того, как к прививочному календарю были добавлены прививки против гепатита В и против гемофильной палочки. Это привело к трехкратному увеличению количества ртути, поступающего в организм прививаемых (подробно о токсичности ртути я писал в главе «Сведения по токсикологии веществ, входящих в состав вакцин»). После того, как в Калифорнии несколько лет назад использование ртути в любых вакцинах было полностью запрещено губернатором А. Шварценеггером, там впервые за почти пятнадцатилетний период стремительного взлета заболеваемости аутизмом зарегистрировано ее ощутимое снижение[754]. Дискуссия вокруг ртути и очень странного, не сказать весьма и весьма подозрительного упорства, с которым американские детские врачи (!) и их покровители из национальных организаций здравоохранения заявляют о ее полной безвредности и отстаивают ее дальнейшее использование в вакцинах, привлекла внимание и журналистов. Автор книги «Свидетельство вреда: ртуть в вакцинах и эпидемия аутизма – конфликт в медицине» (Evidences of Harm: Mercury in Vaccines and the Autism Epidemic – A Medical Controversy) журналист Дэвид Кирби был удостоен нескольких престижных американских журналистских призов за 2005 г. В свете пристального внимания, с которым американская публика следит за происходящим, конгресс США, почувствовавший наконец, что представители «независимых» учреждений вроде Института медицины водят его за нос, поручил в конце февраля 2006 г. произвести расследование Национальному институту окружающей среды и медико-санитарных дисциплин (National Institute for Environmental Health Sciences).

Другую гипотезу до последнего времени (из-за недостатка финансирования исследования сейчас приостановлены) активно разрабатывала группа нейроиммунолога проф. Виджендры Сингха с кафедры биологии университета в Юте. Предположив, что аутизм представляет собой аутоиммунное заболевание, они стали искать антитела, титр которых у больных аутизмом детей был бы значительно выше, чем у здоровых детей. Такие антитела были найдены, и ими оказались антитела к вирусу кори (входящему, как мы знаем, в состав вакцины MMR). При этом Сингх и его сотрудники установили, что именно у тех больных аутизмом детей, у которых высокий уровень антител к вирусу кори, имеется и высокий уровень антител к так называемому основному протеину миелиновой оболочки, изолирующей нервную ткань. Предполагается, что разрушение миелиновой оболочки мозга может приводить к аутизму. Проф. Сингх считает, что эта гипотеза позволяет объяснить наблюдения очень многих родителей, согласно которым первые проявления болезни начались именно после прививки MMR[755]. Поскольку прививка вакциной MMR делается всего несколько месяцев спустя после прививок вакцинами, содержащими тиомерсал (тимеросал), то нельзя исключить, что возникающая после этих прививок иммуносупрессия не позволяет организму некоторых детей своевременно освобождаться от вирусов кори из вакцины MMR, а долговременная персистенция этих вирусов может приводить к аутоиммунным реакциям. Вполне вероятно, что иммуносупрессивное влияние ртути также играет важную роль в развитии аутоиммунных реакций в ответ на введение MMR, и некоторые дети, как будто безболезненно перенесшие прививки вакцинами, содержащими тимеросал, становятся жертвой MMR.

Заслуживает внимания и усиливает подозрения в пользу возможной связи прививок и аутизма отсутствие этой болезни у американских меннонитов (Amish) – изолированно живущей на востоке США религиозной общины, насчитывающей около 150 тыс. человек, члены которой не делают прививок (это отсутствие вакцинаторы пытаются объяснить некими загадочными «генетическими особенностями»)[756], а также у детей родителей, следующих «альтернативным» курсом (домашние роды, полный отказ от прививок, грудное вскармливание). При этом, по сообщениям журналистов, непривитые и находившиеся на грудном вскармливании дети не

страдают ни от астмы, ни от сахарного диабета 1-го типа, столь широко распространенных среди американских детей…[757]

Тема вакцины MMR стала уже настолько острой, что на нее обратили внимание и политики. Парламентская оппозиция в Британии заявила, что если ее вернут к власти, то она предоставит родителям отсутствующую сегодня возможность выбирать между вакциной MMR и тремя раздельными вакцинами. Пока этого не произошло, некоторые сметливые доктора привозят нужные вакцины из-за границы и приветствуют тех, кто желает прививать детей по собственному графику, в появляющихся как грибы после дождя по всей Великобритании «клиниках раздельных прививок» (single jobs clinics), неплохо зарабатывая на этом. К слову, нынешний британский премьер-министр Тони Блэр, активно призывающий родителей довериться специалистам, которые заявляют, что MMR совершенно безопасна, отказался несколько лет назад сообщить журналистам, привит ли этой вакциной его собственный сын. Поскольку на карту поставлена не только конкретная вакцина, но престиж многочисленных «экспертов» и министерств, то понятно, что даже при наличии стопроцентно достоверных доказательств того, что вакцина MMR и аутизм связаны между собой, сражение будет продолжаться, и исход его трудно предсказать[758]. Пока же число детей, прививаемых вакциной MMR, неуклонно снижается.

В России, кроме вакцины MMR-II, зарегистрированы вакцины «Приорикс» (аналог вакцины MMR, производимый компанией «Глаксо Смит Клайн») и «Рувакс» – коревая моновакцина (производитель – компания «Авентис Пастер»). Имеется также российская живая коревая культуральная вакцина (ЖКВ), приготовленная из вакцинного штамма «Ленинград-16» или его клонированного варианта «Москва-5». Вирусы выращиваются на культуре клеток эмбрионов японских перепелов. Кроме самих вирусов, в этой вакцине также содержится канамицина моносульфат или неомицин. Стабилизаторы – сорбит и желатоза или стабилизатор ЛС-18 и желатоза[759].

Прививку дети получают дважды – в возрасте 12–15 месяцев и перед школой (в 6–7 лет). В эндемических по кори районах прививать начинают уже в 9 месяцев. Прививать детей рекомендуется без предварительной проверки на наличие антител. Эта рекомендация вызывает большие сомнения, как с точки зрения здравого смысла, так и

с учетом имеющихся научных данных. Если ребенок уже перенес корь, которая не была распознана, и приобрел к ней естественный иммунитет, то эта прививка никакой пользы в плане стимуляции образования коревых антител не окажет[760], но может поставить его здоровье под угрозу возможными осложнениями. Понятно, что это не имеет никакого логического оправдания. Вопрос здесь может упираться только в деньги. Серологические анализы дороги, и если проверять наличие антител у каждого претендента на прививку, стоимость антикоревой кампании возрастет многократно. Гораздо дешевле и проще прививать, никого и ничего не исследуя, а осложнения прививок списывать на «совпадения».

На фоне активного прививания у нас на глазах меняются эпидемиологические характеристики кори. До начала использования антикоревой вакцины материнские антитела защищали младенца в течение первых 12–15 месяцев жизни[761]. Корь была преимущественно болезнью детей возраста 5–9 лет, а к 15 годам 99 % детей уже переносили корь в той или иной форме и были от нее на будущее защищены. Массовые прививки коренным образом изменили эту ситуацию, и сейчас я лишь повторяю то, что говорил относительно других детских инфекционных болезней. Матери, привитые в детстве от кори, к возрасту деторождения утрачивают антитела и не способны передать их своим детям[762], оставляя младенцев беззащитными перед корью (здесь надо уточнить, что в защите от кори большую важность имеют именно антитела, передаваемые через плаценту, а не через молоко – роль последнего безмерно важна в очень многих аспектах, прямо или косвенно связанных со здоровьем ребенка, но антител с молоком передается мало[763]; очевидно, путь передачи через кровь эволюционно более удобен и эффективен). В выводах сравнительно недавней российской публикации указывается, что «1. Беременные женщины, в анамнезе которых имелись данные о перенесенной коревой инфекции, защищены от этой инфекции достаточно надежно независимо от территории проживания (в среднем 92±0,6 %) 2. Показатель иммунной прослойки к кори у беременных женщин, иммунизированных в прошлом против кори, был крайне недостаточным, и составлял в среднем 62,2±0,7 %, причем у женщин, проживающих в сельской местности, он был существенно ниже (60,2±0,7 %), чем у женщин, живущих в городе (75,2±0,9 %)»[764].

Понятно, что отсутствующий иммунитет у детей отражает отсутствующий иммунитет у их матерей. В одном исследовании было показано, что 95 % детей в возрасте 9 месяцев и 95 % детей в другой группе, в возрасте 12 месяцев, не имели антител к вирусу кори, а те, кто его имели, были детьми матерей, родившихся до 1963 г., то есть до времени начала прививочной кампании против кори[765]. Недавняя вспышка кори в Польше (в 1997–1998 гг.) подтвердила худшие опасения. Более всего заболело детей в возрасте до года, то есть еще до того, как они могли получить прививку (24,6 на 100 тыс. населения в сравнении со средними 5,5 на 100 тыс. для всех остальных возрастных групп[766]) и это вполне согласуется с данными других наблюдений[767]. С другой стороны, в отсутствие антигенных «толчков» природного вируса привитые дети к подростковому и взрослому возрасту могут утрачивать иммунитет и становятся восприимчивыми к болезни, от которой их ровесники ранее были надежно защищены природным иммунитетом. Исследование, проведенное в Новой Зеландии в 1985 г., показало, что к 15 годам 14 % подростков не имели антител к вирусу кори[768]. Вероятнее всего, по мере подрастания все новых привитых в детстве поколений и по мере снижения циркуляции возбудителя, таких детей становится все больше. Исследование заболевших корью в 1985–1995 гг. взрослых (старше 19 лет) в США обнаружило, что, во-первых, почти треть была ранее против кори привита, а во-вторых, что удельный вес взрослых в структуре заболеваемости корью непрерывно повышается. В среднем заболевших взрослых за эти 10 лет было 21,3 %, а в 1993–1995 гг., за последние два года наблюдения – 29,5 %, хотя при этом и было отмечено снижение заболеваемости корью во всех возрастных группах[769]. А что в России? Да все то же самое! «Если в 1967 г. доля заболевших корью лиц в возрасте 15 лет и старше составляла 0,2–0,3 %, то к 1987 г. она достигла уже 31 %. Появились сообщения о крупных очагах кори в школах, специализированных училищах, вузах, воинских частях. *Заболевание корью у молодежи и взрослых протекает значительно тяжелее, чем у детей, с осложнениями в виде серозного менингита, энцефалита и гигантоклеточной пневмонии»* (выделено мной. – *А. К.*)[770]. Д-р Донеган, которую я уже цитировал выше, писала: «Что же касается вопроса коллективного иммунитета (который должен защищать тех, кто не может вакцинироваться живыми вакцинами) и необходимого охвата

в 95 %, чтобы искоренить корь, то эта цифра основана всего лишь на том, что охват в 60 % не дал искоренения кори, не дал и охват 70 %, равно как и 80 %, и 90 %, и когда мы дойдем до 95 %, а корь все еще будет циркулировать (а она будет циркулировать, к тому времени от нее будут умирать маленькие дети, чьи вакцинированные родители не смогли передать им долговременный иммунитет высокого качества к естественной кори), нам будут говорить, что для искоренения нужен охват в 99 % – равно как и дополнительные ревакцинации…»[771].

Если верить нынешним сообщениям из Великобритании, где родители отказываются от прививки MMR, о росте *смертности* от кори, то нет никаких сомнений, что смерти происходят именно в этих лишенных естественной защиты группах, и прививки являются тому косвенной причиной[772]. Впрочем, возможно, таким сообщениям не стоит и доверять. Я бы не удивился, узнав, что никакого роста смертности на самом деле никогда не было, и все это выдумано лишь для того, чтобы убедить родителей согласиться на прививку.

В тот момент, когда рукопись книги уже была подготовлена к печати, пришли сообщения о начавшейся в декабре 2005 г. вспышке кори на Украине. Обо всех особенностях этой вспышки мы узнаем позднее, но уже сейчас ясно, что подавляющее число случаев зарегистрировано у молодых взрослых, часто – у студентов (как привитых, так и не привитых в детстве), и отмечаются частые осложнения в виде энцефалитов. Что же, все логично, и именно этого следовало ожидать от освященной ВОЗ борьбы во всепланетном масштабе с корью у детей. Будет или не будет в итоге ликвидирована корь, никто не знает. Но уже сейчас от кори тяжело страдают те, кто до начала этой борьбы от нее не страдал. Нарушая свободную циркуляцию вирусов и не давая перенести естественную болезнь в детском возрасте, вакцинаторы смещают заболеваемость во взрослый возраст, когда она протекает неизмеримо тяжелее. Теперь на Украине гоняются за непривитыми от кори, пытаясь предотвратить дальнейшее распространение болезни. Хочется верить, что наряду с бодрыми сообщениями о тысячах «охваченных» прививками нам будут сообщать и о том числе поствакцинальных осложнений, которыми пришлось заплатить за очередную прививочную кампанию.

Эффективность

В середине 1980-х гг., имея за спиной почти пятнадцатилетний опыт прививок против кори, советские авторы сообщали: «Заболеваемость корью среди привитых против этой инфекции колеблется от 0,06 % до 17,8 %»[773]. Думаю, что эти цифры дают вполне наглядное представление о степени научности прививочных процедур, итогом которых получаются результаты, разнящиеся почти в 300 раз.

Первыми прививками против кори стали прививки убитой вакциной. Однако вследствие их неэффективности и опасности (см. ниже) от них быстро отказались и перешли на одну прививку живой ослабленной вакциной. Делалась она под бодрым лозунгом: «Одна прививка – и ты защищен на всю жизнь!» (так начинал Дженнер со своей коровьей оспой, та же история последовательно повторялась практически со всеми прививками). Однако в 1980-х гг. в США начала резко возрастать заболеваемость корью, причем от 20 до 40 % случаев болезни встречались у ранее привитых. Авторы одной аналитической статьи изучили сообщения о 18 вспышках кори в США и Канаде и обнаружили, что все они происходили среди групп населения, в которых от 71 до 99,8 % были привиты. Например, при вспышке в Квебеке в 1989 г. заболели 1363 человека при 99 %-но привитом населении провинции[774] (где же ты был, спасительный коллективный иммунитет?). Было заявлено о парадоксальности ситуации, при которой по мере увеличения числа привитых корь все более становится болезнью вакцинированного населения. Вывод: «Из-за высокой заразности вируса и несовершенства существующей ныне вакцины следует обдумать переход от одной прививки к двум»[775].

В более позднем исследовании было сообщено, что примерно 20 % привитых коревой вакциной утрачивают антитела в период от 4 до 11 лет после прививки, а потому необходима дополнительная прививка перед школой[776]. И окончательно укрепилась уверенность американцев в необходимости второй прививки после вспышки кори в Энкеридже (Аляска) в 1998 г., когда заболело 33 человека в возрасте от 2 до 28 лет, из них 17 – учащиеся одной средней школы. Всего из числа

заболевших 29, согласно имевшимся документам, ранее получили как минимум одну прививку, а один – две[777].

Впрочем, и две прививки от кори, как выяснилось, отнюдь не гарантируют пожизненного иммунитета. После того, как четверо сотрудников (трое из которых ранее получили *две* прививки от кори) одного из госпиталей заболели корью, было решено проверить состояние дел с антителами против кори у остальных работников госпиталя. Дело было в 1990 г., то есть почти 30 лет спустя после начала массовой прививочной кампании, а потому очень многие были одно– или двукратно от кори привиты – в детстве и перед началом работы в больнице. Были обследованы 900 человек, из которых 14 (1,5 %) вообще не имели антител, 338 (37,6 %) имели низкий уровень антител, 372 (41,3 %) имели средний уровень. Результаты, полученные у 5 (0,6 %), не давали возможности однозначной интерпретации, и лишь 171 человек (19 %) мог считать себя действительно защищенным, если верить в то, что невосприимчивость к определенной болезни равна высокому уровню специфических антител (что, как известно, не всегда гарантирует защиту от болезни). Не решаясь, очевидно, предложить уже третью по счету прививку, авторы статьи просто рекомендовали пользоваться респираторами при работе с больными корью пациентами, не слишком полагаясь на разрекламированную вакцинную защиту[778].

Еще одно исследование показало, что при контакте с заболевшими корью *как минимум* (слова авторов) 11 % привитых детей и подростков в Колорадо в 1987–1998 гг. заболевали. Зачем же, спрашивается, они получали прививки, рисковали осложнениями, если стоило появиться больному корью, как вся обещанная защита испарилась более чем у каждого десятого? Ответа на этот вопрос нет, зато нам ясно указывают на виновников продолжающихся случаев заболевания корью. Это так называемые exemptors, то есть дети, которых освободили от прививок из-за религиозных и философских возражений родителей[779]. Откровенно подстрекательская по своему характеру статья не вызвала у редколлегии «Журнала Американской медицинской ассоциации» никаких возражений.

Однако самые удручающие результаты относительно эффективности вакцины были получены именно в тех странах, которые остро нуждались в действительно эффективных средствах спасения

своих детей от кори. Так, изучение вакцины во время вспышки кори в кенийском округе Кериянга в 1985 г. показало очень невысокую ее эффективность – в среднем 43,5 % среди детей в возрасте от 8 до 59 мес. При этом наименьшая эффективность оказалась в группе более всего рискующих тяжелыми последствиями кори, а именно детей в возрасте от 8 до 11 мес.[780] Автор пришел к следующему выводу: «Эти и аналогичные данные, полученные в развитых и развивающихся странах, наводят на мысль о том, что план полной ликвидации кори преждевременен, особенно для тропиков. Ликвидация кори связана с ощутимо большим числом трудностей, нежели это было с ликвидацией натуральной оспы. Продолжающаяся передача вируса в группах с высоким процентом привитых, а также крайне низкая эффективность вакцины – лучшие тому доказательства»[781]. Ему вторили континентальные земляки из Замбии, в течение двух лет наблюдавшие за детьми, поступающими с диагнозом кори в университетский госпиталь в Лусаке. По их сообщению, 34,4 % заболевших детей были привиты. Смертность среди привитых составила 6,4 %, среди непривитых – 17 %. Вывод: «Хотя вакцина против кори и не может предотвратить заражения, она способна снизить смертность»[782]. Эффективность вакцины, согласно результатам изучения вспышки кори в Хараре (Зимбабве) оказалась равной 68 %[783]. Что, разумеется, намного ниже декларируемой. В свете таких результатов, которые вполне можно расценить как провал, даже ВОЗ была вынуждена признать, что «данные полевых испытаний в Гвинее-Бисау, Южной Индии и Сенегале говорят о снижении эффекта коревой вакцины и увеличении заболеваемости корью с течением времени после сделанной прививки»[784].

Здесь же я хочу привести слова австралийского педиатра д-ра Арчи Калокериноса, автора двух известных книг[785] и многочисленных публикаций, работавшего среди аборигенов Австралии и в Африке, заявившего в одном из своих интервью: «Факты относительно прививок против кори в Африке извращаются. Вы не можете прививать больных и недоедающих детей и рассчитывать обмануть природу таким образом. Так вы убьете намного больше, чем это сделала бы натуральная инфекция[786]. Существует другой путь, чтобы бороться с болезнями вроде кори. Если вы введете внутримышечно или внутривенно витамин С и дадите иную небольшую алиментарную

поддержку, то девять из десяти будут спасены. Я не скажу, что все, потому что многие из этих детей так больны и истощены, что подобны растениям. Ничто не может спасти их, и с этим следует смириться. Но для нормального или даже умеренно истощенного ребенка добавка витамина С к лечению совершит настоящий переворот, если вы сделаете это на раннем этапе болезни»[787]. Еще до появления этого интервью опытного педиатра к выводу относительно того, что избавление от кори делает детей беззащитными перед иными многочисленными болезнями, пришел другой исследователь, показавший в своей статье, что дети в развивающихся странах, получившие прививку против кори, имеют большую смертность в течение года после сделанной вакцинации[788]. В другом исследовании было установлено, что прививка от дифтерии, столбняка и коклюша (цельноклеточной вакциной) связана с увеличением детской смертности в Гвинее-Бисау[789]. Так что вполне справедливы слова д-ра Виеры Шайбнер: «Дети в странах третьего мира нуждаются не в прививках, а в витамине А и в улучшении питания в целом»[790].

Чтобы завершить тему прививок против кори в Африке, я сообщу, что в проведенном в Сенегале (в эндемичном по кори районе) исследовании были обнаружены внезапные и резкие подъемы титра антител к вирусу кори в отсутствие клинической симптоматики у ранее полностью привитых против кори детей, что можно было объяснить лишь очередным заражением корью (на фоне прививочного иммунитета!) и субклинической формой течения последней. Авторы затруднились объяснить, какое значение обнаруженный ими факт может иметь для последующей передачи вируса между людьми и определения прививочной политики в целом, лишь пожелав, чтобы это было сделано в дальнейшем[791].

Относительно обещанной легкости кори («сделав прививку, вы надежно защитите вашего ребенка если не от болезни, то от опасных осложнений») советский автор сообщает: «У ранее привитых, но заболевших корью, также встречаются осложнения. М. П. Дергилева и соавт. (1975) наблюдали осложнения у 13,8 % привитых детей, проявлявшиеся в первую очередь отитом, стоматитом, пневмонией… По данным К. В. Скупченко и соавт. (1978), у 1/3 привитых больных при кори встречались различные осложнения, среди которых были пневмонии, реже отиты, фурункулез. Согласно наблюдениям С. Б.

Бобоева, С. М. Муминова (1979) у привитых детей корь наиболее часто (у 60 %) осложняется бронхопневмонией, встречаются также гнойный отит, ларингит, круп, гнойничковые поражения кожи. Л. Ливанова и соавт. (1979) обнаружили осложнения у 44 % больных среди непривитых и у 18 % вакцинированных, т. е. у иммунизированных осложнения встречались в 2,5 раза реже, чем у непривитых детей, в частности, пневмония возникала реже в 3,5 раза, бронхит – в пять раз, гайморит – в 3,5 раза, отит – почти в 3 раза. Однако авторы подчеркивают, что среди непривитых преобладали дети младших возрастных групп и дети с отягощенным анамнезом и неблагоприятным преморбидным фоном, поэтому более благоприятное течение у привитых следует связывать не только с наличием частичного иммунитета, но и с перечисленными обстоятельствами»[792]. Именно так. Из главы в главу я повторяю, что серьезные осложнения – те самые, которые должны устрашить родителей и заставить их привить ребенка – встречаются как правило, если не исключительно, у детей, имеющих серьезные проблемы со здоровьем, страдающих от хронических болезней, а эти дети что с прививкой, что без нее всегда рискуют больше. Добавим сюда еще бездумное агрессивное лечение, столь характерное для современной медицины, и станет понятно, откуда берутся осложнения кори, ветряной оспы, краснухи и других достаточно безобидных детских болезней.

Сюда же можно добавить и другое наблюдение. Хотя адвокаты прививок утверждают, что даже в случае недостаточной эффективности вакцин те как минимум предупреждают тяжелые осложнения кори, в научной литературе имеются данные, позволяющие поставить под сомнение и этот постулат. Так, у двенадцатилетней девочки, привитой за десять лет до того живой ослабленной коревой вакциной, развился энцефалит. При этом никаких симптомов кори не было. В спинномозговой жидкости была определена геномная последовательность возбудителя, которая оказалась характерной для вируса кори. Иммуноглобулины, определенные в крови и спинномозговой жидкости, указывали на острый процесс[793]. Таким образом, и болезнь, и ее осложнения вполне могут случаться и после прививок, а «скачки» в титре антител указывают на переносимую, на фоне имеющихся прививочных антител, корь. Грамотные сторонники гомеопатического и натуропатического подходов в медицине

безусловно оспорят при этом пользу таких форм болезни, при которых должна быть, но не появляется сыпь, как это происходит в случае кори у привитых. Исследования, проводившиеся на фоне продолжающихся прививок, выявили немало проблем, связанных с неадекватностью понимания функций иммунитета и механизмов его действия с позиций сегодняшнего дня. Так, было показано, что высокий уровень антител к вирусу кори может не иметь ничего общего со степенью реальной от нее защиты[794]. У больных агаммаглобулинемией – болезнью, при которой антитела вообще не вырабатываются, – корь протекает точно так же и в те же сроки, как и у тех, кто способен вырабатывать антитела, и заканчивается полным выздоровлением и формированием прочного иммунитета. Без антител! Процесс невосприимчивости к той или иной болезни невозможно свести исключительно к примитивному механистическому представлению об антителах как основе иммунитета; есть иные составляющие, нам пока что неизвестные. С другой стороны, было обнаружено, что уровень антител у успешно ревакцинированных детей может в течение всего нескольких месяцев снижаться многократно, до самого низкого уровня, так что защиты от кори не получалось и по самым ортодоксальным представлениям…[795]
И все-таки: как быть с упрямой статистикой, показывающей, например, что «уже в первые 5 лет после введения массовой иммунизации смертность от кори на некоторых территориях СССР снизилась в 18–50 раз. В целом по стране ее показатель составил в 1970 г. всего 0,03 на 100 тыс. населения. Наиболее выраженное снижение наблюдалось на тех территориях, где вакцинопрофилактика проводилась качественно, с охватом прививками 85–90 % подлежащих иммунизации детей»?[796]
Неужели все это лишь благодаря тому, что корь стали называть краснухой, а о многих случаях вообще перестали сообщать, чтобы не портить отчетность, которой еще до начала прививок было велено всячески их прославлять? Нет. Я далек от слепого обскурантизма и не утверждаю, что вакцины не действуют *вообще*. Хотя различные статистические игры и смена «неправильных» диагнозов на «правильные» – такие же неизменные спутники прививочных кампаний, как и поствакцинальные осложнения, определенное снижение заболеваемости может быть отнесено и на счет прививок. Вопрос в совершенно другом – *а нужно ли* его добиваться?

Объясню и отчасти повторю свою точку зрения, уже представленную ранее в главе о ветряной оспе. Как прививки, так и любые другие массовые медицинские мероприятия должны преследовать только одну цель: улучшение здоровья населения *в целом,* а не обмен одних болезней на другие. «Доприививочная» советская смертность от кори, равная 0,23 на 100 тыс. населения, – это вполне ничтожная смертность. Для страны с населением в 200 млн человек это означает примерно 460 смертей в год – в десятки раз меньше, чем гибнет от несчастных случаев, или в сотни – от онкологических или сердечно-сосудистых болезней. Конечно, любая смерть – это трагедия, и замечательно, если ее удается избежать. Однако если для того, чтобы уберечь от смерти *сотню* изначально хронически больных детей, страдающих недугами иммунной системы, первых кандидатов погибнуть не от кори, так от бесчисленных других «не контролируемых прививками» болезней, требуется систематически подрывать коревыми прививками здоровье *миллионов* их сверстников, которым корь не грозит никакими серьезными последствиями, и к тому же ставить под угрозу их здоровье и даже жизнь, когда они потом станут подверженными кори взрослыми, то стоит ли радоваться такому «обмену»? Допустим, четыреста не умерло от кори, а несколько тысяч пострадали от тяжелых поствакцинальных осложнений (при этом многие остались инвалидами), десятки тысяч на долгие годы стали хронически больными – такой обмен подходит или нет? И спрашивают ли родителей прививаемых *здоровых* детей, согласны ли они рискнуть здоровьем своих любимых чад ради снижения заболеваемости болезнью X, Y или Z и смертности от нее по стране, объясняют ли им возможные последствия прививания? Согласны ли они, чтобы их детей превратили в носителей хронической прививочной инфекции, не дав им перенести болезнь в ее короткой острой форме? Заметим еще, что здоровье подрывается не только прямой прививочной агрессией, не только токсическими составляющими вакцин, не только поствакцинальными осложнениями. Те миллионы рублей, которые перекачиваются в карманы вакцинаторов, берутся ведь не из воздуха – их прямо или косвенно забирали и забирают из других статей бюджета здравоохранения. Это значит, что не оснащаются современным оборудованием больницы, не производятся и не закупаются новые лекарства и диагностические системы, которые играют важную роль в

борьбе с инфекционными болезнями, не строятся дома отдыха… Не хочу перегружать ни книгу, ни главу статистическими выкладками. Вероятно, все читатели знают, что здоровье детей в развитых странах в последние 30–40 лет стремительно ухудшается. Как на дрожжах растет заболеваемость различными аллергиями, в том числе и бронхиальной астмой. Статистика онкологических заболеваний (особенно заболеваний крови) у детей приводит в ужас. Никто пока что не в состоянии дать объяснения, не затрагивающего прививки, стремительному росту аутизма. «Молодеют» болезни, ранее встречавшиеся практически исключительно в пожилом возрасте. А ведь больные дети – это будущие больные родители. Бывший главный акушер-гинеколог Казахстана проф. Р.С.Аманджолова писала: «А.Ф.Соколова (сотрудник Института педиатрии АМН СССР) считает, что не делать прививки – это преступление перед детьми. Возможно. Но надо выяснить, перед какими детьми, что является большим преступлением? Снижение инфекционных заболеваний (осложнения которых теперь можно предупредить) ценой полисенсибилизации или передаваемых потомству ее разнообразных последствий: аллергических заболеваний, иммунопатологии различных органов, тяжелых проявлений реакции трансплантанта против хозяина и хозяина против трансплантанта в акушерской практике, в итоге составляющих всю иерархию болезней века…»[797]. В докладе «Обзор прививок в Европе: побочные эффекты, эпидемиология, законы и предложения Европейского форума наблюдения за прививками» заявляется: «Сегодня, через 100 лет массовых прививок, мы наблюдаем, что число поствакцинальных патологий значительно превышает число болезней, которые должны быть уничтожены прививками. Что это – прогресс? Каково *истинное* влияние прививок на наше здоровье?»[798].

Радость по поводу снижения заболеваемости теми недугами, которые обычно протекают доброкачественно, абсурдна, если взамен мы получаем тяжелейшие, инвалидизирующие, неизлечимые болезни, подрываем здоровье миллионов!

Безопасность

По точному замечанию д-ра Р. Нойштедтера, список осложнений прививки против кори выглядит скорее как учебник по нервным болезням[799]. Среди этих осложнений описаны энцефалиты, менингиты, подострый склерозирующий панэнцефалит, конвульсии, сенсорная глухота, оптический неврит, поперечный миелит, синдром Гийена– Барре, атаксия. Трудно представить, чтобы зная о возможности таких осложнений нормальный родитель согласился на прививку от детской болезни, которая считается вполне безвредной. Производитель «При– орикса» в проспекте, напечатанном специально для родителей, сооб– щает о некоторых мягких, по мнению создателей вакцины, реакциях, которые могут быть у детей в ответ на ее введение, как-то: необычный крик, судороги, головокружение, головная боль, тошнота, рвота, сыпь, зуд, увеличение шейных, подмышечных и паховых лимфоузлов, ли– хорадка, кровотечение из носа. Если это мягкие, то какие же тогда тя– желые? А к тяжелым в проспекте относятся всего лишь конвульсии на фоне высокой температуры; вот тогда-то и нужно обратиться к врачу. Отдельным списком идут симптомы, наблюдавшиеся после получения «Приорикса» (но причинно-следственная связь с самой прививкой, надо понимать, не установлена): анемия, гранулоцитопения, язвы в горле и во рту, нарушение сна, нервозность, подкожные кровоизли– яния, опухание и повышенная чувствительность мошонки[800] (в более серьезном документе, а именно в официальной аннотации к своему детищу, производитель неохотно сознается в том, что такие болезни, как гранулоцитопения, эпидидимит и экзантема были сочтены экспертами серьезными – а как, наверное, хотелось их тоже отнести к мягким, совсем безобидным! – и все-таки связанными с прививкой). Вероятно, почувствовав, что такой впечатляющий список может полностью нивелировать эффект произнесенного перед перечислением всех этих недугов обычного прививочного заклинания «Шанс вашего ребенка пострадать от прививки намного ниже шанса получить необратимое повреждение вследствие натуральной инфекции», производитель спешит еще и добавить: «Пусть Вас не пугает этот список возможных побочных

эффектов. Может быть, ни у Вас, ни у Вашего ребенка не будет ничего»[801]. Может, и не будет. А если будет?

Высокая реактогенность коревой вакцины была известна с самого начала ее использования. Советские авторы бесхитростно сообщали: «Удельный вес осложнений после иммунизации против кори, по материалам отечественных авторов, колеблется от 8,1 до 10,2 %… При введении коревой вакцины возможны различные осложнения… Довольно часто наблюдают нефротический синдром. Так, Е. А. Лакоткина и М. И. Якобсон (1971) выявили его у 12 из 38 детей с осложнениями после введения коревой вакцины»[802]. Из архивных материалов Минздрава я узнал, что в 1981 г. из Турции, приобретшей советскую противокоревую вакцину, на нее поступили рекламации. В материалах дела не указывается, что это были за рекламации, но представить их характер нетрудно, учитывая, что разбираться с ними была создана специальная комиссия из шести высокопоставленных медчиновников во главе с зам. министра здравоохранения П. Н. Бургасовым[803]. К сожалению, выводов комиссии мне обнаружить не удалось. В 1987 г. в США исследователями были изучены 48 исков, поданных чиновникам Программы компенсаций пострадавшим от прививок, в связи с тяжелыми осложнениями от живой ослабленной коревой вакцины у детей в возрасте от 10 до 49 месяцев. Восемь детей скончались, а остальные стали инвалидами (умственная отсталость, эпилепсия, двигательные нарушения и пр.). Было признано, что «подтверждается связь между энцефалопатией и живой коревой вакциной в качестве редкого осложнения прививки»[804]. Недавно сообщалось, что в течение пяти месяцев десять хорватских малышей в возрасте 12–15 месяцев были госпитализированы с менингитом после прививки вакциной MoPaRu (хорватский аналог MMR, разработанный в Загребском иммунологическом институте и используемый в Хорватии с 1986 г.). В течение 10 лет с подобной вызванной прививками проблемой в больницах лечились 200 детей[805]. Правда, здесь трудно сказать, какому именно компоненту вакцины следует приписать менингиты у детей. Вполне может быть, что за них ответственны дружные усилия всех трех вакцин, входящих в состав этой комбинированной вакцины.

Самым тяжелым и ведущим к практически неминуемой смерти осложнением прививки считается подострый склерозирующий пан-

энцефалит (ПСП), вызываемый постоянной «медленной вирусной инфекцией», обусловленной мутировавшим вирусом кори. ПСП, как указывалось выше, может быть осложнением и самой болезни. Появляется ПСП спустя 7–12 лет после перенесенной болезни или сделанной прививки. Коллектив японских авторов сообщил о 215 подтвержденных случаях ПСП в Японии в период с 1966 по 1985 гг. Из них на естественную корь пришлось 184 случая, в 22 случаях в дело были замешаны прививки против кори и в 9 случаях не имелось истории ни предшествующей кори, ни прививки против нее. Авторы подсчитали, что вероятность заболевания ПСП равнялась от 6,1 до 40,9 на миллион *непривитых заболевших корью* в 10 «коревых лет» (1968–1977) и от 0 до 3,08 *на миллион доз вакцины*[806]. Не знаю, предполагалось ли авторами, что эта статистика должна привести к выводу о меньшей вероятности заболевания ПСП после прививки, нежели после болезни, но в любом случае она лишена какого-либо практического значения в отсутствие точных подсчетов, какова же *вероятность самого заболевания корью* для непривитых и привитых, не говоря уже о вероятности заболевания ПСП для детей разного возраста, пола, состояния здоровья и т. д. Американские авторы в своей более ранней статье случайно или умышленно совершили такой статистический подлог, сравнив данные заболеваемости корью с данными о реализации вакцин и получив, что частота ПСП после естественной болезни (5,2–9,7 случая на миллион заболевших) выше частоты ПСП после прививки (0,5–1,1 на миллион доз)[807]. Учтем здесь еще, что далеко не обо всех случаях кори сообщается (стертая картина ведет к ошибкам в диагнозе), в то время как количество произведенных и использованных вакцин посчитать куда легче. Что же касается вероятности заболеть, или, точнее, вероятности заболеть и получить при этом правильный диагноз, чтобы попасть в статистические сводки, то очень непохоже, чтобы она могла быть точно высчитана даже с учетом высокой заразности болезни, ибо должна включать в себя невероятное количество параметров, вряд ли поддающихся учету. Например, предшествующее состояние здоровья, распространенность болезни в данном регионе (в тех же США полно крохотных городков и фермерских хозяйств, чуть ли не полностью изолированных от контактов с окружающим миром), год эпидемического цикла, интенсивность контактов с возбудителем,

вирулентность штамма возбудителя, квалификация устанавливающего диагноз врача и *adinfinitum.*

Но мало того. Согласно старым наблюдениям, подтвержденным также и в исследованиях, риск ПСП повышается со снижением возраста заболевшего корью. Другими словами, чем младше заболевший корью ребенок, тем более вероятно развитие ПСП, а ведь именно снижение возраста заболевающих корью – один из «побочных эффектов» прививки против этой болезни. С другой стороны, в той же степени, в какой перенесение кори в возрасте до двух лет может повышать вероятность заболевания ПСП, перенесение кори в старшем, также традиционно «некоревом» подростковом возрасте (к которому раньше население приходило, будучи на 95 % защищено от кори, естественным образом переболев ею в детстве) может повышать вероятность заболевания коревым энцефалитом, который в одной трети-четверти случаев способен оставлять необратимый дефект, а в 10 % случаев даже приводить к смерти. И это смещение заболеваемости в нехарактерный для кори возраст, о чем мы уже говорили ранее, – тоже несомненная «заслуга» прививки. Кроме того, некоторые исследователи обратили внимание, что в тех регионах, где корь распространена и потому встречается чаще у детей, регистрируется существенно меньшая заболеваемость рассеянным склерозом (об этом я уже говорил выше, упоминая нейродегенеративные заболевания), а там, где она редка и может поражать также и подростков, рассеянный склероз встречается чаще. На этом основании была предложена гипотеза о том, что позднее перенесение кори предрасполагает к извращенному иммунному ответу, в итоге приводящему к развитию рассеянного склероза[808]. В недавно опубликованном исследовании группы авторов из отделения неврологии университетского госпиталя в Триесте (Италия) было указано на связь прививки против кори (а также наследственной предрасположенности, аутоиммунных заболеваний и мигрени) с более высоким риском развития рассеянного склероза[809].

Разумеется, такие сообщения и гипотезы мало радуют апологетов прививок. Предлагаемая ими в качестве ключа к решению проблемы *полная* элиминация вируса с планеты с последующим прекращением прививок против кори, в свете сомнительной эффективности вакцины (во всяком случае, для стран третьего мира, в которых и случается

наибольшее число случаев кори в ее наихудших формах), при продолжающихся вспышках болезни среди почти стопроцентно привитых и при уникально высокой заразности кори, выглядит пока что вполне фантастической. Достичь такой элиминации можно, вероятно, лишь переклеив ярлыки и назвав корь краснухой, или перестав сообщать о случаях болезни. Подобные трюки были вполне успешно проделаны с полиомиелитом, о чем речь пойдет в соответствующей главе.

Однако перечень проблем, вызванных использованием коревой вакцины, этим далеко не исчерпывается. В 1965 г., через несколько лет после начала массовой прививочной кампании против кори, в США начали сообщать о новой болезни. Для нее были характерны высокая температура в течение двух-трех дней, сильнейшие боли в мышцах, головная боль, кашель и странная сыпь, начинающаяся на конечностях и напоминающая таковую при лихорадке Скалистых гор, скарлатине и ветряной оспе. У некоторых пациентов регистрировался гепатит. Но главная опасность таилась не в этом, а в сопутствовавшем тяжелом воспалении легких, поддававшемся лечению с очень большим трудом или не поддававшемся вовсе. Исследования установили, что речь идет о новом виде кори, которую назвали атипичной. Этой корью заболевали дети, ранее привитые убитой коревой вакциной и позднее заразившиеся «диким» вирусом кори. Немалое количество прививаемых эта вакцина не только не защищала от вируса кори, но и сенсибилизировала (то есть повышала их чувствительность) к нему, что становилось причиной последующего развития кори в ее тяжелых формах[810]. Массовое применение убитой вакцины продолжалось в США с 1963 по 1967 гг., в течение которых было привито от 600 до 900 тыс. человек[811], и прекращено вследствие как очевидной неэффективности вакцины, так и вследствие все увеличивающегося числа заболевающих атипичной корью. Однако введение живой вакцины не смогло кардинально решить проблему. Поскольку убитая вакцина оказалась вредной и неэффективной, то детей стали повторно прививать – теперь уже живой вакциной. А живая вакцина, на фоне предыдущих прививок убитой, сама стала вызывать атипичную корь! Вот лишь один из многочисленных примеров проблем, порождаемых вакцинами.

Продолжающиеся неудачи с коревыми вакцинами, с одной стороны, и все увеличивающаяся во многих странах заболеваемость

корью взрослых и младенцев, с другой, систематически срывают планы вакцинаторов по объявлению если не всего мира, то отдельных стран свободными от кори. И в США, и в Европе вспышки кори (обычно в среде почти стопроцентно привитых) уже несколько раз переносили срок окончательного и бесповоротного освобождения от нее, а о ликвидации этой болезни на всей планете пока говорят только в ВОЗ.

Однако у нас сегодня имеются примеры стран, которые заявили о том, что на их территории кори нет. Вот – прочь все сомнения и тревоги относительно эффективности вакцины! – перед нами страна, где болезнь якобы искоренена. В Финляндии корь в течение ряда лет не регистрируется (не будем сейчас обсуждать весьма щекотливый вопрос об искренности таких заверений). И что теперь – празднуем победу над корью, отдаем дань памяти «неизбежным жертвам» прививочной кампании по ее искоренению и торжественно прекращаем прививки? Если бы… «Полное прекращение циркуляции вируса привело к новой проблеме: возможность естественной стимуляции для привитых стала настолько редкой, что исчезновение иммунитета становится реальностью. Поскольку существует риск кори, принесенной из-за рубежа, единственным условием предотвращения вспышки болезни является высокий процент привитых. Поэтому минимально необходимо продолжать политику двух прививок согласно прививочному календарю»[812]. Два африканских автора творчески развили тревоги финнов и пошли еще дальше, заявив, что вне зависимости от ситуации с корью прививки человечеству прекращать не следует: раз уж прививкам суждено добить корь, то *тем более* надо будет продолжать их использование и в будущем. Звучит все это дико (для чего тогда вообще весь сыр-бор с искоренением болезни заводился?), но обоснование на самом деле имеется: в отсутствие постоянно циркулирующего «дикого» вируса кори у людей не будет естественного иммунитета к этой болезни, и этот вирус, заботливо припасенный до поры до времени и потом выпущенный на свободу злоумышленниками-биотеррористами, сделает с человечеством то, что корь сделала с аборигенами Фиджи в 1875 г., погубив 40 тыс. человек из 150 тыс. заболевших. Поэтому, по логике авторов, от прививок, раз их начав, отказаться нельзя будет или *никогда,* или, во всяком случае, в обозримом будущем… короче, пока корь не будет объявлена полностью уничтоженной в планетарном масштабе, как это произошло с

натуральной оспой[813]. Слезть с прививочной иглы теперь уже невозможно, не ставя под удар привитых! Чем пришлось и приходится платить Финляндии за это реальное или мнимое коревое благополучие, покажет будущее. Пока что отметим, что Финляндия имеет самый высокий в мире уровень заболеваемости сахарным диабетом 1-го типа. При этом в статье, сообщившей об этом факте, было отмечено, что «внезапный резкий рост заболеваемости сахарным диабетом у детей в возрасте старше 1 года, случившийся во время национальной прививочной кампании 1982–1986 гг., когда прививали детей в возрасте 15 месяцев и старше, заслуживает внимания»[814]. Заслуживает безусловно, что и говорить. Но внимание ничего не стоит, если оно старательно обращается исключительно туда, куда ему велят власти, его финансирующие. А они-то как раз и не собираются изучать связь прививок и заболеваемости диабетом.

Немного отвлекусь. Быстрый рост заболеваемости детей сахарным диабетом (инсулинозависимым сахарным диабетом, он же диабет 1-го типа – СД1) в развитых странах выглядит пугающим. «…В Дании за 20 лет частота возникновения СД1 увеличилась на 20–25 %… Наибольшая частота СД1 отмечается в странах Скандинавии (40 на 100 000 у лиц в возрасте до 14 лет), наименьшая – в странах Средиземноморья (5–10 на 100 000 детского населения)… В России средняя заболеваемость ниже среднеевропейской и составляет 7 на 100 000 детей в год… Распространенность СД среди детей до 15 лет составила в 1994 г. 46,24 на 100 000 детей, заболеваемость – 9,84 на 100 000 детского населения… Неуклонный рост СД1 среди детской популяции отмечается и в Москве. В 1998 г. распространенность СД1 среди детской популяции составила 64,68 на 100 000, тогда как в 1992 г. – 50,9, в 1995 – 57,23…»[815]. В поисках мер профилактики диабета автор публикации, сотрудница РГМУ, рассматривает что угодно, даже возможную связь между болезнью и употреблением коровьего молока в возрасте до 3-х месяцев генетически предрасположенными к этому детьми, но ни единым словом не упоминает прививки, словно не существует ни клинических данных о развитии сахарного диабета после прививок, ни эпидемиологических исследований, показывающих, как параллельно прививочным программам заболеваемость диабетом ставит все новые рекорды.

Возвращаясь к ликвидации кори в Финляндии, добавлю, что, согласно отчету Министерства здравоохранения и социального обеспечения Финляндии за 2000 г., заболеваемость астмой у финских подростков за последние десять лет возросла в три раза, а число непьющих школьников в возрасте 11–18 лет резко сократилось (а д-р Харрис Култер в своей книге «Прививки, насилие в обществе и преступность» указывал, что вялотекущий постпрививочный энцефалит несет ответственность за разрушение механизмов контроля личности, результатом чего является резкий рост наркомании, алкоголизма и преступности среди молодежи). Частота болезни Крона с 1986 по 1991 год утроилась, а с 1992 по 2001 год еще удвоилась. В Финляндии самая высокая среди развитых стран заболеваемость шизофренией и самый высокий среди 15 «старых» членов Европейского союза уровень самоубийств среди молодежи. Страна постепенно, но неуклонно превращается в государство инвалидов, что ставит под угрозу ее будущее. Если это цена ликвидации кори и еще каких-то детских инфекционных болезней, смертность от которых почти что исчезла к моменту введения прививок, то не слишком ли высокой она получилась?

В проведении прививочной кампании против кори (да и вообще против всех детских инфекционных болезней) имеется еще одно серьезное противоречие, которое только сейчас становится очевидным. Для «управления» инфекцией требуется, как заявляют вакцинаторы, прививать не менее 95 % восприимчивых к ней субъектов[816]. Однако прививки, особенно живыми вакцинами, противопоказаны лицам, имеющим иммунодефицит. С увеличением числа прививочных «ударов» по иммунной системе увеличивается и число имеющих такой иммунодефицит и, соответственно, противопоказания к дальнейшему прививанию[817]. Помимо этого, во многих странах увеличивается и число ВИЧ-инфицированных. Когда число таких лиц перевалит в совокупности за 6–8% от числа тех, кого нужно прививать, придется решать, что же с ними делать. В опубликованной несколько лет назад статье авторы отмечают, что, с одной стороны, корь может быть смертельно опасна для ВИЧ-инфицированных. С другой стороны, столь же смертельно опасным для них может быть и прививочный вирус кори. Оставить в покое несчастных тоже нельзя, потому что они могут свести на нет все героические усилия по ликвидации кори в мировом

масштабе. Решения пока никакого нет: только наблюдать и изучать[818]. Не хочется задумываться о том выводе, к которому по прививочной логике, с ее приоритетом коллективного иммунитета над здоровьем отдельного индивидуума, должны привести эти наблюдения и изучения… Но, возможно, именно к *этому* выводу нас готовят рассуждениями о важности тотального прививания и общих усилий, направленных на искоренение инфекционных болезней?

Чтобы читатели не подумали, что я умышленно сгущаю краски, приведу пример. Вот что заявил в 1984 г. замминистра Минздрава СССР акад. П. Н. Бургасов: «Самая высокая заболеваемость корью регистрируется среди детей, посещающих детские дошкольные учреждения и младшие классы школ. Увеличилось число детей 2-го года жизни в структуре заболевших, поскольку детей, поступающих в детские дошкольные учреждения, принимают непривитыми. Юридически мы обрекли корь на исчезновение, издав приказ Минздрава СССР по этому вопросу. В этом приказе *мы максимально сократили перечень противопоказаний,* запретив принимать в дошкольные учреждения непривитых. *Теперь предстоит сделать самое важное – преодолеть психологический барьер у врачей, осуществляющих прививки*»[819] (выделено мной. – *А. К.*). Это говорилось с трибуны, без всякого стеснения. Под психологическим барьером в этом контексте, очевидно, понимались врачебная совесть и следование принципу «Прежде всего – не навреди». Но если издан приказ и юридически корь уже обречена на исчезновение, то как же принципы морали и врачебной этики смеют этому мешать?!

Выводы

• Корь – инфекционная болезнь, очень редко приводящая к осложнениям у детей младшего и среднего школьного возраста; гораздо чаще – у младенцев и у взрослых, заболеваемость которых корью, на фоне массовой прививочной кампании, в последние годы возрастает.

• Сторонники натуропатических подходов в медицине указывают, что перенесение детских инфекционных болезней, кори в первую очередь, полезно для созревания и укрепления иммунитета.

• Витамины (особенно витамин А и витамин С) и гомеопатические лекарства способны значительно облегчить течение болезни и предотвратить развитие осложнений.

• Вакцина против кори может стать причиной тяжелых осложнений со стороны нервной системы. Документировано долгосрочное подавление функций иммунной системы в результате применения коревой вакцины.

Невысокая эффективность вакцины была продемонстрирована в полевых испытаниях вакцины в тех странах, где проблема кори особенно остра.

Краснуха

Болезнь

Вирусное заболевание, известное нам под названием краснухи, уникально своей безобидностью и крайней *необходимостью* перенесения его в детском возрасте (особенно девочками), а также является наглядным примером совершенной абсурдности и циничности сегодняшней прививочной логики. Даже на фоне таких вполне мягких детских болезней, каковы обычные ветрянка, свинка или гепатит А, краснуха выделяется доброкачественностью своего течения и отсутствием каких-либо последствий. Если перечисленные выше болезни условно могут быть приравнены к неприятному, хотя и не слишком тяжелому гриппу, то краснуха обычно переносится *легче* обычного гриппа. Поэтому для успешной прививочной пропаганды, необходимой для реализации вакцин, приходится спекулировать не на немедленных осложнениях самой болезни, которых для детей практически не существует, а на *необходимости заботиться о других людях*. О том, что является истинной целью вакцинопрофилактики краснухи, кроме вполне естественного желания заработать, речь пойдет ниже.

Источником заражения краснухой служит только больной человек. Путь передачи инфекции – воздушно-капельный. Инкубационный период длится до трех недель, продромальный – около суток. Сама болезнь, в типичном своем варианте сопровождающаяся появлением характерной сыпи, не сливающейся, не оставляющей после себя пигментации (последнее характерно для кори), локализующейся на лице, обычно в области носогубного треугольника, на спине и ягодицах, длится до недели. Кроме сыпи, для краснухи также характерно увеличение затылочных и шейных лимфоузлов. Обратить на себя внимание родителей может сравнительно умеренное повышение температуры (обычно она не превышает 38 °С) и скудность катаральных явлений (кашля и насморка почти нет). Кроме некоторой вялости ребенка в течение нескольких дней, родители могут ничего более не отметить. Окончательный диагноз устанавливается только с помощью обнаружения высокого титра антител к вирусу краснухи, но к такому анализу доктора прибегают еще реже, чем в случае коклюша, что отчасти и объясняет «наблюдающееся снижение заболеваемости

краснухой на фоне массового охвата прививками». Из самых частых (и при этом довольно редких) осложнений может быть отмечена преходящая боль и неприятные ощущения в суставах. Случаи краснушного энцефалита с тяжелыми последствиями относятся скорее к казуистичным, хотя и были описаны в литературе. Как и при других детских инфекционных болезнях, раз перенесенная краснуха оставляет *стойкий, обычно пожизненный иммунитет.* Из самого описания болезни уже понятно, что никакого лечения, кроме отдыха и обычных для лечения вирусных инфекций витаминов А и С, не требуется.

Могут быть даны несколько советов по гомеопатическому лечению краснухи, если в таковом вообще возникнет необходимость. В целом использование гомеопатии при краснухе напоминает таковое при кори (см. главу «Корь»), недаром врачи не столь уж редко путают эти две болезни. На ранних стадиях заболевания, как при всех лихорадочных болезнях, надо выбирать между *Aconitum* и *Belladonna,* о дифференциальном диагнозе между которыми речь шла ранее. При стабильно повышенной температуре в отсутствие жажды и одновременно при этом капризности и желании прохлады и свежего воздуха можно думать о *Pulsatilla.* Д-р Агравал указывает на несколько иных состояний, которые могут потребовать вспомогательного гомеопатического лечения. Сильный зуд, сопровождающий слущивание при исчезновении сыпи, и вызванное этим беспокойство ребенка, а также мочевые расстройства, появившиеся на фоне краснухи, указывают на *Cantharis.* Редко встречающийся очень сильный зуд, который ребенок не может выносить, уступает действию *Hyosciamus.* Боли в спине и конечностях, сопровождаемые сильным насморком, могут говорить в пользу *Dulcamara*[820].

Во взрослом возрасте краснуха переносится тяжелее, хотя и тогда особых оснований для беспокойства нет.

Практически единственную категорию тех, для кого краснуха может стать источником опасности, представляют беременные. Хотя при постоянно циркулирующем в человеческом обществе вирусе краснухи не менее 80–90 % девочек приходят к фертильному возрасту будучи уже естественно защищенными от этой болезни, перенеся ее в явной или стертой форме, 10–20 % все же остаются восприимчивыми к ней[821].

Внутриутробное инфицирование плода вирусом краснухи может стать причиной достаточно тяжелых дефектов развития. Известно о врожденной глухоте (до 80 % всех детей с врожденной краснухой), пороках сердца, пороках развития глаз (катаракта, глаукома, хореоретинит), умственной отсталости. У разных авторов даны разные оценки вероятности такого развития событий[822], и один только анализ таких оценок мог бы занять здесь место, сравнимое с предназначенным для всей главы, поэтому ограничусь лишь самыми общими сведениями. Наиболее опасна краснуха на раннем сроке беременности и в первом триместре в целом; по мере увеличения срока пропорционально уменьшается опасность. В случае несомненного и подтвержденного инфицирования на сроке до 12 недель беременным предлагается обдумать возможность аборта. Для принятия решения относительно продолжения беременности при инфекции, случившейся на более позднем сроке, необходимо исследовать кровь плода. Есть сообщения отдельных авторов о том, что при случившемся заражении предотвратить дефекты развития могут большие дозы витаминов A, B_6, C и фолиевой кислоты. Гомеопатическое лечение, которое может проводиться параллельно, включает в себя прием трех доз нозода *Rubella* 30 в течение недели на протяжении трех недель или *Pulsatilla* 6 утром и вечером в течение 10–14 дней[823]. Вопрос о прерывании беременности при инфицировании краснухой осложняется тем, что до 3-го месяца беременности определение пороков развития практически невозможно, а также религиозно-этическими соображениями, которых я также касаться не буду. Отмечу, что в Перми показали, что доля восприимчивых к краснухе среди беременных женщин в эпидемические годы составляла 16,2–20,8 %, в межэпидемические годы – 3,8–9,7 %» *(Покровский В. И.* и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 283). примерно с 1965 г., незадолго до появления прививок против краснухи, всем беременным, бывшим в первом триместре в контакте с больным краснухой, предлагается сделать аборт, на что большинство, под страхом рождения ребенка с пороками развития, соглашается. Это еще один из факторов, сыгравших свою роль в снижении заболеваемости врожденной краснухой в последние несколько десятков лет. К прививкам это, разумеется, никакого отношения не имеет.

Вспышка краснухи в США в 1962–65 гг., сопровождавшаяся увеличением числа случаев врожденной краснухи[824], дала толчок как к срочной разработке краснушных вакцин, так и к новой политике предотвращения врожденной краснухи, а именно убеждению беременных сделать аборт в том случае, если лабораторные анализы подтверждают инфицирование. Какое количество при этом гибнет здоровых, нормально развивающихся плодов, неизвестно, так как анализы крови абортированных плодов проводятся далеко не всегда. Данные одного сравнительного исследования, опубликованного в «Датском медицинском бюллетене» в 1987 г.[825], могут дать некоторое представление о процентном соотношении. В период между 1975 и 1984 гг. в Дании были зарегистрированы 1346 беременных с серологически подтвержденным диагнозом краснухи во время беременности. Всем им было предложено сделать аборт, на который согласилась 631 беременная. Вскрытия абортированных плодов не проводилось, и анализы не делались. 672 женщины выбрали продолжение беременности, из них 113 вышли из-под дальнейшего наблюдения. В группе оставшихся 559 женщин в 35 случаях были зарегистрированы спонтанные аборты, в 4-х – мертворождения (то есть всего 6,97 % смертей плодов). У всех 520 родившихся детей была взята кровь на анализ. У 111 (21,34 %) было подтверждено инфицирование, из них 14 были заражены при сроке беременности менее 12 недель и 7 (6,3 % из 111) имели серьезные пороки развития. Вывод: в группе сделавших аборт родилось 0 % здоровых детей, во второй группе – 91,77 % здоровых детей. При всем несовершенстве этих наблюдений, результаты могут дать пищу для определенных раздумий.

Попутно можно отметить, что имеется немалое количество иных внутриутробных инфекций, против которых нет прививок или перед беременностью они не делаются, и краснуха среди них не самая худшая, если здесь вообще допустимо сравнение. Это, например, герпес, ветряная оспа, парвовирусная, цитомегаловирусная и различные энтеровирусные инфекции, гепатит B, токсоплазмоз, ВИЧ… Краснушная инфекция, об угрозе которой нам постоянно кричат СМИ (фактические рупоры прививателей всех мастей и рангов), составляет, по разным оценкам, от 15 до 30 % среди всех врожденных дефектов развития[826]. Тем не менее, все эти опасности не мешают подавляющему большинству женщин спокойно беременеть и в

подавляющем большинстве случаев рожать здоровых, пока те не получили какую-либо прививку, детей.

Вакцина

На рынке в настоящее время имеется немалое количество краснушных вакцин – как отдельных, так и в составе комплексных вакцин. Согласно разным источникам, относящимся к различным периодам времени, в России сегодня лицензированы вакцины «Мерувакс» и «Рудивакс», паротитно-краснушная MR-VAX-2, а также паротитно-корево-краснушные вакцины MMR-II (вокруг связи которой с аутизмом и поведенческими нарушениями сейчас ломается так много копий) и «Приорикс». Российских вакцин против краснухи нет. Все нынешние вакцины против этой болезни содержат живые ослабленные вирусы, которые выращиваются на клеточных линиях, полученных от плодов, абортированных в 1960-х гг. (см. главу о ветряной оспе). Последний факт должен безусловно сообщаться всем, кто планирует получить эту прививку, или их опекунам, так как для некоторых категорий населения данное обстоятельство делает эту прививку неприемлемой по определению[827]. Как это повелось в прививочной истории, испытана новая вакцина была на сиротах, на этот раз из филадельфийских приютов[828].

Как и другие вакцины, краснушные не проверялись на тератогенный или канцерогенный потенциал.

Согласно российскому прививочному календарю первая вакцинация от краснухи делается в 12–15 месяцев жизни, вторая – в шесть лет, третья, для девочек, не получивших прививок ранее или получивших лишь одну, – в 13 лет. Такая же схема принята во многих странах мира. Женщинам, не имеющим необходимого титра антител к краснухе, предлагается сделать прививку не ранее чем за три месяца до предполагаемого зачатия[829].

Как читатели уже поняли, само заболевание не таит в себе практически никакой опасности для детей, а девочкам перенести его крайне желательно, чтобы получить пожизненный иммунитет. Так в чем же смысл рекомендации прививать годовалых и шестилетних малышей? Дело в том, что именно *защита взрослых, а не прививаемых детей является главной целью прививочной программы против краснухи.* Точнее будет даже сказать не «взрослых», а «их еще не родившихся детей». Самим прививаемым детям кроме немедленного

вреда (дополнительные токсические вещества, дополнительная вирусная нагрузка, опасность постпрививочных осложнений) прививка ничего не приносит и не может принести, так как предотвращение заболевания краснухой в детском возрасте прямо противоречит здравому смыслу и заботе о будущем здоровье ребенка. Прививание детей преследует цель удаления вируса из человеческого сообщества в целом, безусловно при этом вредя конкретному индивиду (как последствиями самой прививки, так и угрозой неполучения естественного иммунитета и заражения краснухой во время беременности, пока еще не пришло светлое и полностью свободное от краснушного вируса завтра), и подозрительно напоминает призывы пожертвовать настоящим во имя потомков и того будущего, которое будет прекрасно и удивительно. Читающие эти строки врачи должны задуматься и над тем, что участие в таких программах «ради будущего» противоречит лежащей в основе этического кодекса медицины клятве Гиппократа, вся сущность которой может быть сведена к провозглашению *приоритета индивида* (своего пациента) над интересами других людей и общества в целом[830].

Не следует забывать и того, что дети являются далеко не единственным источником заражения беременных краснухой. Заражение возможно также от взрослых – например, тех, кто получил прививку в детстве и потом утратил иммунитет или вообще его никогда не имел. Наибольшую опасность в этом отношении представляют работники системы здравоохранения, постоянно находящиеся в контакте с большим количеством людей. Исследование, проведенное в крупном университетском медицинском центре в Южной Калифорнии, обнаружило, что из 2456 медработников 345 (14 %) не имели антител к вирусу краснухи. Показательно, что на прививку согласились только 197 человек (53,3 %), при этом лишь *один* из 11 акушеров-гинекологов, входивших в число этих 345[831]. Читатели сделают сами предварительные выводы о безопасности и эффективности вакцины на основе такого рвения привиться, продемонстрированного главными радетелями за нее.

Безопасность

Оптимистичные сообщения о совершенной безобидности краснушных вакцин[832], судя по всему, также не соответствуют действительности (о скандальной вакцине MMR, в которую краснушная вакцина входит одним из компонентов, уже было сказано в главе о кори). В 1972 г. были описаны 36 случаев миелорадикулоневрита, причем у детей, привитых пятью разными вакцинами от краснухи[833]. Продолжают поступать сообщения о развитии синдрома Гийена-Барре и синдрома запястного канала, различного рода нейропатий и миелитов после прививки[834]. Среди более редких, но также встречающихся осложнений описаны утрата слуха и идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП). Российские авторы сообщают: «Частота встречаемости ИТП, индуцированной противокраснушной вакциной, составила в Финляндии и Великобритании 1:30 000, а в Швеции – 1:40 000 вакцинированных в сроки от 2 до 3 недель после вакцинации… Существуют данные по развитию ИТП в более поздние сроки… Так, во Франции отмечены случаи вакциноассоциированной ИТП в сроки до 45 дней, а в США – в сроки до 60 дней после иммунизации. Нам сложно говорить о частоте ИТП, вызванной вакциной против краснухи, так как у нас не существует мониторинг поствакцинальных осложнений, в частности, развития ИТП. По нашим данным, в 2001 г. было зарегистрировано 7 таких больных, а в 2002 г. – 5 больных на 150 детей с острой формой ИТП, лечившихся за год в гематологическом отделении Измайловской ДГКБ… При изучении анамнеза жизни наших больных у подавляющего большинства (91,6 %) выявлены следующие особенности. У 9 детей (75 %) отмечались различные проявления аллергии (атопический дерматит, пищевая, лекарственная аллергия, поллиноз). 2 детей относились к группе часто болеющих (более 4 раз в год). И только у одного больного не было выявлено в анамнезе отягчающих обстоятельств. Таким образом, 11 из 12 детей на момент вакцинации против краснухи относились к «группе риска» по развитию поствакцинальных осложнений»[835]. Однако существование такой группы риска не признается российскими прививочными инструкциями, в которых ни одно из вышеперечисленных проявлений

аллергии не считается противопоказанием к вакцинации, в том числе и живыми вакцинами, к числу которых относится и краснушная. О прививках живыми вакцинами в контексте аллергии сказано лишь, что они «не вводятся лицам с тяжелыми аллергическими реакциями на аминогликозиды, о чем следует осведомиться перед проведением прививки, несмотря на редкость этих реакций»[836]. Не упоминаются ни атопический дерматит, ни пищевая аллергия, ни поллиноз… Почему?

Есть сообщения и о том, что вирус краснухи выделялся из лейкоцитов периферической крови спустя даже два года после прививки[837]. Столь длительное существование прививочного вируса и фактическое его превращение в совершенно непредсказуемый «медленный вирус» наводит на невеселые размышления о возможной роли таких «долгоиграющих» вирусов в развитии дегенеративных и аутоиммунных болезней. Примером одной из последних может быть сахарный диабет. Известно, что вирусная инфекция может в целом содействовать развитию сахарного диабета, но единственным вирусом, относительно которого твердо доказано, что он вызывает сахарный диабет 1-го типа (инсулинозависимый), является вирус краснухи при внутриутробном заражении[838]. При длительной циркуляции в организме вирус краснухи может приводить к образованию сложных иммунных комплексов, способных как напрямую поражать бета-клетки поджелудочной железы, вырабатывающие инсулин, так и запускать аутоиммунные реакции, также приводящие к повреждению бета-клеток. Учитывая, что «специфический иммунный комплекс краснухи часто обнаруживается после прививки и может быть продемонстрирован у двух третей вакцинированных даже восемь месяцев спустя после прививки»[839], возможность того, что прививки против краснухи могут способствовать развитию сахарного диабета у лиц с определенной генетической к тому предрасположенностью, представляется вполне реальной.

Стоит отметить и публикации, связавшие появление на рынке в 1979 г. новой краснушной вакцины из штамма вируса RA 27/3 со случаями синдрома хронической усталости, до того неизвестного[840], в том числе и в результате контакта с недавно привитыми от краснухи[841].

Однако самым распространенным и при этом весьма и весьма неприятным осложнением этих вакцин является артрит, что выглядит

вполне естественным, учитывая, что и сама болезнь имеет то же самое осложнение, а прививка делается живыми вирусами. По некоторым сообщениям, от 12 до 20 % женщин, получивших прививку, страдают вслед за ней от боли в суставах, причем начаться она может несколько недель спустя после прививки, а продолжается от недель до многих лет[842]. Американский Департамент здравоохранения, образования и социального обеспечения (HEW) сообщил в начале 1970-х гг., что «у 26 % детей, получивших прививку против краснухи в рамках национальной программы… развились артралгии и артриты… Многим потребовалась медицинская помощь, некоторые были госпитализированы для проверки на ревматизм и ревматоидный артрит»[843].

У некоторых получивших прививку от краснухи действительно развивается ревматоидный артрит, от которого им суждено страдать всю жизнь. При этом артрит как следствие *естественной* краснухи склонности к хронизации не имеет: «Краснуха протекает благоприятно и заканчивается выздоровлением без каких-либо последствий. Осложнения у детей крайне редки. В основном развиваются артропатии, характеризующиеся возникновением болей в суставах… Это осложнение возникает у 6–15 % больных краснухой. Симптомы поражения суставов появляются обычно через неделю после высыпания и держатся в течение 1–2 нед., но у отдельных больных могут затягиваться на несколько месяцев, не оставляя резидуальных явлений…»[844]. Показательно, что «артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи» фигурирует даже в куцем «Перечне поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в Национальный календарь профилактических прививок РФ, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий», утвержденном российским правительством 2 августа 1999 г. (см. «Приложения»). Не особо рискуя ошибиться, могу предположить, что если бы все дети, подростки и женщины, имеющие право на получение этого пособия, знали о связи прививки от краснухи и артрита и полагающееся им пособие на самом деле получали, то вопрос о целесообразности (в первую очередь экономической) проведения этой прививки изучался бы куда более основательно и с привлечением большего количества

компетентных и, главное, независимых экспертов, нежели это происходит сейчас. В некоторых странах (например, в США) деньги на компенсации жертвам прививок вкладываются в стоимость вакцин, в других – государство платит «абстрактно», из фонда социального обеспечения. Как многократное удорожание краснушной вакцины, так и неприемлемое для государства увеличение количества выплат пострадавшим из общественных фондов могло бы заставить искать другие подходы к решению существующей проблемы врожденной краснухи.

Другие опасности прививки против краснухи – возможность инфицирования краснухой плода, если прививка сделана во время беременности или незадолго перед ней, о чем уже упоминалось выше, а также возможность дальнейшей передачи инфекции от свежепривитого. Вакцинаторы, публично радующиеся возможности «дополнительной иммунизации окружающих» живыми вирусами полиомиелита[845], выделяемыми детьми, привитыми живой полиовакциной (вакциной Сэбина), становятся на удивление неразговорчивы, когда речь заходит о такой же возможности, связанной с вирусами краснухи. Теоретически ничто не мешает привитому ребенку или девочке-подростку заразить свою беременную мать, сестру или тетю. Хотя несколько случаев передачи прививочного вируса уже описаны в литературе[846], большинство проприививочных руководств их отрицает. Все же признается, однако, что прививочный вирус краснухи может в течение нескольких недель выделяться из глотки свежепривитых, и допускается возможность передачи вируса от матери ребенку при грудном вскармливании[847].

В этой связи уместно будет сказать несколько слов об опасениях другого рода. Так, двумя американскими авторами (один из которых – врач-педиатр) были описаны 60 женщин, которые, несмотря на сделанную ранее прививку или перенесенную в детстве болезнь, не имели «защитного» титра антител, что и было установлено акушером-гинекологом, к которому они обратились по поводу своей беременности. Все они получили прививку от краснухи сразу после родов вакциной MMR или моновалентной краснушной вакциной. Детям 45-ти из этих женщин позднее был поставлен диагноз аутизма, у детей 10-ти женщин были диагностированы уже упоминавшиеся в главе о кори нарушения так называемого аутистического спектра, а у

детей 4-х женщин – различные заболевания иммунной системы. Известно, что первые симптомы аутизма у двадцати детей появились сразу после сделанной им прививки MMR, у двух – до нее, но прививка резко ухудшила состояние. Примечательно, что на грудном вскармливании находились далеко не все дети. Авторы предполагают, что неспособность к выработке иммунитета к краснухе указывает на иммунный дефект, который может иметь генетический характер и передаваться по наследству. Прививка в послеродовом периоде может увеличивать опасность заболевания аутизмом ребенка, получающего от матери как иммунную поломку, так и живые вирусы краснухи – с материнским молоком или, возможно, воздушно-капельным путем. Когда все это соединяется с бесконечным «поствакцинальным периодом», вредными веществами, содержащимися в вакцинах, и новой порцией живых вирусов прививки MMR, то у некоторых детей это дает старт аутизму или превращает первые симптомы в развернутую болезнь[848]. Автор другого материала, поданного в комитет экспертов американского Института медицины, добавила, что ей лично знакомы три женщины, которые также не имели иммунитета к краснухе и которые были привиты в послеродовом периоде. У всех троих дети страдают от расстройств аутистического спектра. По гипотезе автора, живой вакцинный вирус краснухи, который способен находиться долгие годы в организме человека, в период естественного подавления иммунных функций, связанного с беременностью, может реактивироваться, начать размножаться и поражать зародыш. Поскольку вирус ослаблен, он не вызывает такие тяжелые врожденные дефекты, как природный вирус, но вполне способен привести к нарушениям развития нервной системы, проявляющим себя как аутизм[849].

Эффективность

В главе о ветряной оспе я уже упоминал, что длительность иммунитета, как признают и сами производители вакцин, поддерживается за счет продолжающейся циркуляции среди людей «дикого» вируса, дающего «толчки» иммунитету. Это верно и для краснухи[850]. Ученые описывают немало случаев, когда через 10 и даже через 15 лет после сделанной прививки наблюдался высокий титр антител к вирусу краснухи, что было совершенно невероятно и по самым смелым прививочным оценкам. Точно так же было очевидно, что никакого отношения к прививкам не может иметь внезапное увеличение титра антител на фоне их предшествующего неуклонного снижения. Это увеличение указывает на повторное инфицирование (реинфицирование) краснухой. Единственным возможным объяснением может быть лишь то, что поддержание иммунитета связано с влиянием «дикого» вируса, о чем речь уже шла в других главах. Именно этого, давно уже известного, факта не понимают или о нем сознательно умалчивают те авторы, которые сообщают: «Поствакцинальный иммунитет у привитых вакциной против краснухи связан с циркулирующими антителами, которые появляются через 2–3 недели после вакцинации и *сохраняются* на протяжении 20 лет» (выделено мной. – *А. К.*)[851]. Такому сказочному сохранению антител мог бы позавидовать и иной вполне естественный иммунитет, но истинному положению вещей это может соответствовать лишь до тех пор, пока среди нас циркулирует «дикий» вирус, оказывающий бустер-эффект и стимулирующий выработку антител. Блаженная вера в десятилетия защиты позволяет некоторым авторам утверждать, что «при вакцинации против краснухи основной целью является не защита привитых от относительно легкого заболевания, а предотвращение заболевания плода, возможно, через десятки лет после вакцинации»[852]. О планах по элиминации вируса, в которых детям отведена довольно незавидная роль, почему-то стыдливо умалчивается, что делает прививочный посыл совсем нелогичным. Отчего же тогда не сделать прививку не за «десятки лет» до предполагаемого события, а непосредственно перед ним?

Полное удаление вируса краснухи из человеческого общества прививками выглядит предприятием очень сомнительным, если осуществимым вообще – за исключением натуральной оспы, ВОЗ, несмотря на все задорные (и при этом неизменно весьма и весьма прибыльные для производителей вакцин) кампании под лозунгом «Мир, свободный от болезни X, У или Z к такому-то году!», пока что не удалось ликвидировать ни одного антропоноза (то есть заболевания, в передаче которого участие принимают только люди). Краснуха – не натуральная оспа, когда несомненная опасность болезни, ее четкая клиническая различимость и огромные вложенные в дело деньги стран-спонсоров позволяли изолировать каждого заболевшего и держать его в карантине до тех пор, пока тот не становился незаразным, обрывая таким образом цепочку передачи инфекции. Краснуха очень часто протекает в стертой, клинически неразличимой форме, без температуры, кашля и насморка, и на нее могут просто не обратить внимание.

Эти сомнения могли бы рассматриваться как серьезные контрдоводы против кампании тотального прививания детей против краснухи в том случае, если бы эффективность вакцины была действительно очень высока и серьезно угрожала циркуляции вируса краснухи в мировом масштабе. Однако у вируса краснухи вряд ли есть серьезные основания для беспокойства, а потому делать упор на эти сомнения смысла нет[853]. Как и в случае всех остальных вакцин, эффективность вакцины против краснухи вызывает очень большие сомнения. Вскоре после появления первых краснушных вакцин в конце 1960-х гг. были опубликованы сообщения о заболевании ранее успешно привитых против краснухи. Так два исследования, проведенные д-ром Беверли Аллан, показали полную неэффективность одной из этих вакцин («Сендевакс»). Особенно показательно было первое из них, когда 80 % привитых молодых солдат, у которых введение вакцины вызвало выработку необходимых антител, несколькими месяцами позднее заболели краснухой в лагере, печально известном регулярными вспышками краснухи (почему именно этим солдатам и были сделаны прививки)[854]. С того времени сообщения о неэффективности вакцины появляются регулярно. Очевидно, что если она и может обеспечить какую-либо защиту в отсутствие реинфицирования, то лишь на очень краткий срок. Проведенные в середине 1980-х гг. исследования

показали, что после пятнадцатилетних повальных прививок процент восприимчивых к краснухе остался к фертильному возрасту тем же, каким был и в допрививочную эру – 10–20 %[855]. Стало очевидно, что эффективность прививки оказалась гораздо ниже предполагавшейся. Тем не менее, даже добавление прививки в фертильном возрасте для получивших лишь одну прививку в детстве (или не получивших вообще) оказалось неспособным решить проблему кардинально. Можно считать уже вполне доказанным, что прививка – не то что в младшем детском или школьном возрасте, но и непосредственно за несколько лет до беременности – отнюдь не гарантирует защиты, и публикации в медицинской периодике о случаях появления на свет детей с врожденной краснухой, рожденных от привитых матерей, вовсе не являются ни уникальными, ни даже просто очень редкими[856]. Хотя в некоторых сообщениях указывается, что обычно титр антител ниже 1:64 не является защитным, практического значения этот вывод имеет мало. Известно, что титр антител может понизиться от «защитного» до «незащитного» достаточно быстро вследствие самых разных причин, да и мысль, что чуть ли не каждый год желающая забеременеть должна проверять титр антител к вирусу краснухи, граничит с чистой паранойей. Бюджет ни одной страны не сможет позволить себе роскошь достаточно дорогих серологических исследований. Сегодня рекомендуется не беременеть в течение как минимум трех месяцев после прививки, чтобы избежать внутриутробного инфицирования плода живым вирусом, содержащимся в краснушной вакцине. Учитывая, что у определенного количества привитых уже через два-три года после прививки титр антител становится ниже требуемого 1:64 (не говоря о тех, у кого прививка вообще оказывается неэффективной), мы приходим к выводу, что в случае повторных неудач забеременеть или всякий раз перед следующей беременностью необходимо будет каждые несколько лет повторять прививку против краснухи, что неизбежно повлечет за собой увеличение числа осложнений и случаев инвалидности, за которые положена государственная компенсация, а также к общему ухудшению состояния здоровья беспрерывно прививаемых. Впрочем, такой вариант пока что никем и не предлагался.

Показательно, что главной цели, ради которой затевалась эта прививочная кампания – ликвидация врожденной краснухи в масштабах планеты – добиться не удалось все равно. В США в 1962–

1965 гг. число случаев врожденной краснухи увеличилось, потом стабилизировалось (1967 – 10, 1968 – 11, 1969 – 14[857]). Однако затем, на фоне массовых прививок, их число начало возрастать. В 1971 г. их было 77, в 1972 г. – 68. Результатом прививок стало то, что дети, которым болезнь практически ничем не грозит (кроме приобретения к ней пожизненного иммунитета), стали болеть краснухой меньше, а подростки и взрослые – больше. В течение примерно десяти лет число случаев врожденной краснухи колебалось от 32 до 60, прежде чем, наконец, спустилось к уровню «допрививочной» эры (за исключением 1991 г., когда был зафиксирован 41 случай)[858]. Перестала регистрироваться врожденная краснуха в США лишь последние несколько лет. Таким образом, сегодня для предупреждения нескольких десятков случаев врожденной краснухи в год, которые наблюдались в допрививочную эру, миллионы американских детей получали и получают прививки, а значит теряют здоровье в результате вакцинации и шанс приобрести пожизненный иммунитет (перенеся краснуху естественным образом), «садясь» на прививочную иглу.

Следует отметить, что хотя и исключительно редко, но возможно повторное инфицирование краснухой у перенесших ранее естественную болезнь. К порокам развития плода это, по имеющимся сведениям, не ведет[859].

Завершая эту главу, я хотел бы привести цитату из монографии российского авторского коллектива: «…Резюмируя результаты клинического испытания краснушной вакцины, можно считать: существующие вакцины в ряде случаев не способны индуцировать прочный и длительный иммунитет, который в состоянии предохранить беременную женщину от внутриутробной инфекции; вакцинация, особенно у девушек и женщин, в значительном проценте случаев сопровождается реакциями со стороны суставов; у большинства вакцинированных лиц аттенуированный вирус выделяется из носоглотки, однако практически не передается контактным лицам; вакцинный вирус способен преодолевать плацентарный барьер, и случайная вакцинация восприимчивой беременной может привести к хронической инфекции плода»[860].

Если сюда добавить «долгосрочные последствия применения краснушной вакцины у лишенных иммунитета к краснухе женщин никогда не изучались», то в целом я готов разделить этот вывод.

В свете всего вышесказанного понятно, что проблема врожденной краснухи существует и требует серьезного к себе отношения. Любой женщине, желающей забеременеть, должен быть рекомендован, в числе прочих рутинных проверок, анализ на наличие антител к вирусу краснухи. В случае если результаты окажутся отрицательными, женщина должна сделать свой выбор в пользу либо повышенных мер предосторожности (следует избегать детских коллективов и особенно детей с признаками простуды, что вообще крайне желательно в первом триместре беременности, и не только из-за опасений заразиться краснухой), либо гомеопрофилактики, либо прививки. Последняя автоматически отодвигает предполагаемую беременность минимум на три месяца и грозит осложнениями, частота и тяжесть которых отнюдь не дает возможности отмести их как редкие и несерьезные. Кроме того, согласно приведенной выше гипотезе американских исследователей, само отсутствие иммунитета к краснухе может быть свидетельством иммунной поломки, которую вакцинация может усугубить. Методы гомеопрофилактики рекомендуются некоторыми гомеопатами, однако оценку их реальной эффективности должны дать исследования, до настоящего времени еще не проводившиеся.

Выводы

• Краснуха – вероятно, самая мягкая и безобидная детская болезнь. Девочки должны перенести ее в детстве, чтобы защититься от опасности непоправимого ущерба, наносимого плоду при инфицировании вирусом краснухи на раннем сроке беременности.

Краснуха – далеко не единственная болезнь, инфицирование которой на ранних сроках беременности может привести к нарушениям развития плода. Беспрерывное навязчивое обсуждение темы врожденной краснухи связано исключительно с наличием вакцины и, соответственно, с возможностями заработка на ее производстве и реализации.

Прививка краснухи не позволяет приобрести к ней естественный, самый прочный, иммунитет и «сдвигает» болезнь во взрослый возраст, когда она опаснее, особенно для женщин по указанной выше причине. Кампании по прививанию детей направлены не на их защиту, а на элиминацию вируса краснухи из человеческого сообщества, и в настоящее время выиграть от этого могли бы лишь женщины, находящиеся в фертильном возрасте. Самим детям кроме вреда эта прививка не приносит ничего.

Невысокая эффективность вакцины вкупе с многочисленными осложнениями, среди которых первое место занимают артриты, доказана многолетними исследованиями. Кроме того, краснушная вакцина входит в состав вакцины MMR, связь которой с аутизмом и различными поведенческими нарушениями сейчас обсуждается.

Полиомиелит

Еще одним заболеванием из тройки «самых страшных, самых опасных» в родительском мнении болезней, помимо дифтерии и столбняка, является полиомиелит. Я не знаю, в какой мере мне удалось внушить читателям хоть какое-то спокойствие в отношении дифтерии, но с полиомиелитом это сделать будет легче, поскольку сама болезнь официально объявлена ликвидированной в цивилизованном мире (в РФ полиомиелит не регистрируется с 1998 г., а в 2002 г. страна была сертифицирована как свободная от полиомиелита). Поэтому навязывать прививки от полиомиелита вакцинаторам приходится не посулами неминуемого заражения с последующим неизбежным параличом и пожизненной инвалидностью, а всего лишь обещанием возвращения заболевания, если все не будут строго и по графику прививаться, а также принимать участие в «зачищающих» турах полиовакцинаций. Очень немногие из тех родителей, которые сегодня решают вопрос о прививках своим детям, хотя бы один раз видели «живьем» больного полиомиелитом, да и бабушки и дедушки, которые могут рассказать о виденном и пережитом, не могут быть уверенными, что те случаи, которые им преподносились как несомненный полиомиелит, таковыми действительно являлись. Несмотря на то, что самой болезни – или того, что за нее выдавалось, – больше нет, искусно укорененный страх перед ней жив, и именно он является отличным инструментом для продвижения и реализации полиовакцин.

Болезнь

Возбудителем полиомиелита является вирус из рода энтеровирусов, имеющий три серотипа[861]. Заражение обычно происходит фекально-оральным путем, хотя возможны также воздушно-капельный и воздушно-пылевой пути передачи инфекции. Заболевание является типичным антропонозом – единственным резервуаром вируса является человек. Всем известной визитной карточкой полиомиелита являются параличи, связанные с тем, что вирус поражает нейроны передних рогов спинного мозга, что, однако, встречается очень и очень нечасто. Хотя в разных источниках указываются разные цифры, ясно, что подавляющее большинство заразившихся полиомиелитом так никогда об этом и не узнает. Вот, например, свидетельство российских авторов: «…На 100, а может и на 1000 носителей дикого вируса полиомиелита, которые могут распространять данную инфекцию, заболевает только один»[862]. Наиболее часто встречаются атипичные формы болезни (вообще без поражения нервной системы) и непаралитические (менингеальная и энцефалитическая, без поражения спинного мозга); истинные же паралитические «составляют не более 2–3% от всех случаев заболевания»[863]. Таким образом, учитывая, что клинические проявления встречаются в 0,1–1% случаев полиомиелита, паралитической формой заболевают не более 2 человек на тысячу инфицированных вирусом этой болезни. О предрасполагающих к этому факторах речь пойдет ниже.

Полиомиелит является преимущественно болезнью раннего детского возраста, хотя очень редко могут заболевать и взрослые. Пассивный иммунитет может передаваться от матери.

Болезнь, как правило, остается нераспознанной: «Достоверная диагностика наиболее распространенных атипичных… форм полиомиелита невозможна без лабораторного подтверждения этиологии заболевания. Эти формы полиомиелита диагностируются редко, как правило, только в эпидемических очагах при специальном вирусологическом и серологическом обследовании контактных»[864]. А поскольку эти атипичные формы чаще всего протекают в виде обычных ОРВИ-ОРЗ или кишечных инфекций, то ясно, что врачам не придет в

голову заказывать дорогие и далеко не везде доступные специальные серологические исследования. К тому же «лабораторная диагностика полиомиелита носит ретроспективный характер. Для достоверного подтверждения диагноза полиомиелита необходимо выделение вируса из кала и выявление не менее чем 4-кратного нарастания титра антител к вирусу полиомиелита»[865]. Это может означать и то, что как бы тяжела ни была перенесенная болезнь, но если после нее не осталось явного паралича, требующего выяснения своей природы, то вряд ли врачи станут искать приключений на свою голову и хлопотать о выделении вируса из кала и проверках титра антител к вирусу. Ведь очень многие страны уже объявлены «свободными от полиомиелита», и один неосторожно сделанный анализ, непредсказуемый по своим результатам, может поставить под сомнение усилия всего мирового сообщества по искоренению полиомиелита. Вряд ли дальнейшая судьба такого врача будет очень счастливой.

Первые клинические предположения о диагнозе полиомиелита могут возникнуть лишь тогда, когда появляются резкая гиперестезия кожи (ребенок не выносит даже одежды) и так называемые спинальные симптомы, обусловленные слабостью мышц ног (например, характерный «симптом треножника» – ребенок сидит, раскинув ноги и опираясь на руки).

«При типичной паралитической форме болезни различают инкубационный период – от 2 до 21 дня, чаще 7–14 дней; предпаралитический период – от 2 до 5 дней, паралитический период, восстановительный период и период остаточных явлений»[866]. Наиболее тяжелыми являются бульбарная (с поражением продолговатого мозга) и бульбоспинальная (с поражением спинного и продолговатого мозга) формы. До появления в XX в. аппаратов искусственной вентиляции легких бульбарные формы, сопровождающиеся нарушением функций дыхательного центра, приводили к смерти.

Вероятно, полиомиелит был знаком человечеству уже с древних времен, но до самого конца XIX в. его проблема остро не стояла. Вряд ли можно счесть серьезным предположение российских авторов о том, что «в течение многих столетий полиомиелит был заметной болезнью, описывался, изучался, но не привлекал преимущественного внимания. в годы, когда эпидемии оспы, чумы, холеры распространялись порой на

огромных территориях и уносили десятки и сотни тысяч жизней»[867]. Потому он и не привлекал «преимущественного внимания», что был малозаметен и уж во всяком случае никогда в те времена не принимал масштабов не только эпидемий, но даже сколько-нибудь заметных вспышек. Те же авторы указывают, что первое описание полиомиелита в России относится к 1830-м гг.; оно было дано в лекциях профессора Московского университета И. Дядьковского (1784–1841), а первые описания «небольших вспышек» стали наблюдаться лишь с 1905 г.[868] В Северной Европе и США полиомиелит приобрел черты эпидемического заболевания лишь в самом конце XIX в.[869] Объяснения столь позднему появлению полиомиелита как эпидемического заболевания имеются. Прежде всего, резко возросло число провоцирующих болезнь факторов. В главе о дифтерии я писал о наблюдениях английских врачей, указавших на частое развитие паралитического полиомиелита после прививок. О таких наблюдениях сообщалось практически с самого начала XX в. – острый вялый паралич (ОВП) после прививок против оспы был вполне привычным явлением, но эти сведения не предавали гласности, боясь подвергнуть опасности прививочные кампании (и, соответственно, доходы всех, кто так или иначе был связан с оспопрививанием)[870]. Так, в Германии полиомиелит развивался у детей из приютов, страдавших от врожденного сифилиса, после сделанных уколов неосальварсана, сальварсана и других лекарств[871]. Поскольку именно конец XIX в. был «триумфом бактериологии», то понятно, что число всяких как «проверенных», так и экспериментальных вводимых детям вакцин и сывороток, в дополнение к уже имевшимся тогда прививкам против оспы, резко возросло. Механизм провоцирующего эффекта мышечной травмы неизвестен и по сей день, но предполагается, что травма запускает «заброс» вируса в центральную нервную систему через аксоны нервных клеток в мышцах[872]. Вполне показателен пример Индии, где прививочные программы – особенно прививка DPT (АКДС) – стали причиной огромного числа случаев так называемого спровоцированного полиомиелита и смертей от него в эндемичных по полиомиелиту районах[873]. Вообще же, по имеющимся оценкам, не менее 60–70 % случаев паралитического полиомиелита в деревнях Индии было вызвано инъекциями, в которых не было никакой необходимости. Как правило, речь шла о жаропонижающих

лекарствах[874]. Кампания по лечению кожной болезни, известной как фрамбезия, повторными инъекциями неоасфенамина привела к вспышке полиомиелита среди получивших уколы на Самоа[875]. Во время вспышки полиомиелита в Омане 42,9 % заболевших полиомиелитом детей за 30 и менее дней до болезни получили прививку DPT (АКДС), в то время как в контрольной группе здоровых прививки получили 28,3 %[876]. Интересно, что прививки могут быть провоцирующим фактором не только для «дикого» полиомиелита, но и вакциноассоциированного паралитического полиомиелита (ВАПП), о котором речь будет далее. Неоспоримую связь паралитического полиомиелита с предшествовавшими прививке инъекциями (обычно антибиотиков) установили румынские исследователи; при этом чем больше было получено уколов, тем выше был риск заболевания полиомиелитом[877]. Думаю, что прививки если и не были единственной причиной полиомиелита, то несомненно сыграли важную роль в увеличении заболеваемости им в СССР. Этот вопрос требует специального исследования, и хотелось бы надеяться, что в будущем оно будет проведено. Пока что поделюсь с читателем некоторыми своими мыслями. Имеющиеся в литературе таблица[878] и график[879] заболеваемости полиомиелитом в СССР, к сожалению, показывают статистику лишь с 1940 г., а в отрыве от предыдущих лет она может считаться показательной лишь весьма условно. Тем не менее, несомненно, что с 1945–1946 гг. заболеваемость полиомиелитом начала резко повышаться, а наиболее явно – с 1947 г., в то время как «в годы Великой Отечественной войны заболевания полиомиелитом на территории СССР отмечено не было»[880]. Объяснить это можно тем, что в годы войны на оккупированных территориях прививки, разумеется, не делались вообще, да и иных уколов детям делалось намного меньше, а на неоккупированной тоже было не до них. С возвращением мирной жизни вернулись и ее неизменные спутники – прививки. Дополнительная ревакцинация от оспы в возрасте 4–5 лет, которая была введена в 1939 г. постановлением Совета Народных Комиссаров[881], вероятно, начала активно претворяться в жизнь сразу же после войны. В 1947 г. была введена ревакцинация против дифтерии детей четырех и восьми лет[882]. В 1958 г., который был пиком заболеваемости полиомиелитом (22 054 заболевших[883]), было введено прививание от коклюша детей в возрасте до 5 лет[884]. Не забудем и

прививку БЦЖ, ревакцинация которой была введена в СССР в 1953 г. (полностью массовой и окончательно обязательной БЦЖ стала в 1961–1962 гг.). Кроме того, в 1954–1956 гг. на детсадовцах проводились эксперименты с живой паротитной вакциной[885]. Такое количество прививок, обрушившееся на советских детей, вполне могло стать провоцирующим фактором для ОВП, в том числе и полиомиелитной природы.

Помимо инъекций, в США фактором, провоцирующим полиомиелит, стало вошедшее в моду удаление миндалин (тонзилэктомия), а также борьба с аденоидами исключительно при помощи скальпеля – врачи имели очень неплохой заработок на очистке несовершенных детских организмов от всего «ненужного» и «вредного». В своей книге д-р Виера Шайбнер приводит пример трех вспышек полиомиелита в США в 1952–1954 гг., когда у более половины заболевших полиомиелитом пациентов с бульбарными симптомами обнаружилось в анамнезе удаление миндалин[886]. У ряда авторов я видел оценки, согласно которым удаление «лишних» миндалин увеличивало шанс заболевания полиомиелитом на 400–600 %! Уже упоминавшийся мной ранее английский хирург Беддоу Бейли ссылается в своей книге на проф. Гейлорда Андерсона из службы общественного здравоохранения Миннесоты, согласно которому лица, заболевшие бульбарной формой полиомиелита, чаще имели в анамнезе удаление миндалин и аденоидов, при этом вне всякой связи с возрастом, когда эта операция была сделана (так, во время вспышки полиомиелита в Южной Австралии среди 39 заболевших 35 перенесли ранее тонзил-эктомию); среди заболевших полиомиелитом вероятность появления бульбарных симптомов была в 4 раза выше у тех, кто перенес тонзил-эктомию, чем у тех, у кого миндалины остались на месте; удаление миндалин было важным фактором, способствующим заболеванию полиомиелитом в «неполиомиелитных» возрастных группах[887].

Как ни парадоксально это звучит, но свою роль в увеличении заболеваемости полиомиелитом могло сыграть улучшившееся санитарно-гигиеническое состояние мест проживания людей. Ранее вирус полиомиелита обнаруживался повсюду в сточных водах, выгребных ямах и пр. Мухи переносили его на пищевые продукты, и все люди, начиная с младенческого возраста, были в постоянном

контакте с ним, приобретая, таким образом, естественный иммунитет (как известно, в период до 12 мес. жизни случаи паралитической формы болезни исключительно редки, так как действует полученный от матери иммунитет). Появление канализации, очистка сточных вод и уничтожение мух привели к тому, что младенцы лишились своей обычной «порции грязи», а первый контакт с вирусом полиомиелита случался в более позднем возрасте, когда результат такой встречи становился намного серьезнее[888].

Выше я перечислил признанные факторы, способствовавшие росту заболеваемости полиомиелитом. Среди заслуживающих пристального внимания гипотез можно отметить ту, что указывает на связь заболеваемости полиомиелитом и использования инсектицидов и пестицидов, в первую очередь ДДТ (дихлордифенилтрихлорэтан или хлорофеноэтан). С глубокой древности было известно, что отравление некоторыми ядами (которые сегодня мы называем нейротоксическими) способно приводить к появлению ОВП. Согласно рассматриваемой гипотезе, первые вспышки ОВП, которые позднее расценили как паралитический полиомиелит, были документированы после начала использования пестицидов (например, полихлорированных бифенилов, бензилгексахлорида) и в районах их максимального применения. Первая крупная эпидемия полиомиелита была зарегистрирована в США в Нью-Йорке в 1916 г., а в 1915 г. именно в Нью-Йорке началось массовое производство хлорированного бензола. По причине постоянного контакта с ядовитыми химическими веществами, утверждает гипотеза, от ОВП часто страдали солдаты в годы Первой и Второй мировых войн. В 1949 г. было показано, что ДДТ способен вызывать параличи, неотличимые от таковых при полиомиелите[889]. Сенатские слушания по проблеме токсичности ДДТ в 1951 г. и исследование, обнаружившее, что ДДТ присутствует в коровьем молоке, а вскармливаемые им телята погибают от дыхательного паралича (в том же году данные этого исследования были подтверждены в Швеции), вызвали резкое снижение использования ДДТ в США. Соответственно этому снизилась и заболеваемость ОВП. К моменту начала использования вакцины Солка в 1955 г. заболеваемость ОВП снизилась почти в два раза, а к началу ее массового применения в 1957 г. – более чем в 10 раз. С 1954 г. и до его запрета Управлением по охране окружающей среды в 1972 г., ДДТ

лишь экспортировался США, но не применялся внутри страны. Однако как только в 1983 г. ДДТ был вновь разрешен к использованию в США в качестве составляющей пестицидов, сразу начали поступать сообщения о случаях «постполиомиелитного синдрома» – к ранее перенесшим полиомиелит людям вновь вернулись симптомы этой болезни[890].

На еще один фактор, вероятно способствующий заболеванию полиомиелитом, указал д-р Бенджамин Сэндлер, который выпустил в 1951 г. книгу «Диета предотвращает полиомиелит»[891]. В ней он, в частности, сообщил, что ему была дана возможность выступить по радио и в газетах и предупредить родителей Эшвиля (Северная Каролина), чтобы те не давали детям продуктов, содержащих сахар, – разнообразных напитков, мороженого, леденцов и т. п. и уменьшили употребление их детьми фруктов и фруктовых соков. Вместо этого Сэндлер рекомендовал насыщенную белком диету (свинина, говядина, мясо птицы, яйца, молоко, сметана, сыр) и овощи, содержащие минимум крахмала. Сэндлер считал, что вспышка полиомиелита в летний период связана именно с тем, что дети потребляют огромное количество легкоусвояемых углеводов, содержащихся в традиционных детских сладостях и бакалейных изделиях, что, в совокупности с высокой летней физической нагрузкой (плавание, бег, катание на велосипеде) создает предпосылки для заболевания полиомиелитом вследствие резкой гипогликемии (снижения уровня глюкозы в крови). В пользу теории Сэндлера говорило и то, что полиомиелит являлся болезнью стран с высоким потреблением сахара на душу населения, в то время как в странах с низким потреблением сахара он был почти неизвестен. Экспериментально Сэндлер доказал это в исследованиях на обезьянах и кроликах в 1931 г. Кролики, как известно, невосприимчивы к полиомиелиту, но снижая уровень сахара в их крови, Сэндлеру удавалось заражать их полиомиелитом. Агитация Сэндлера была успешной. Многие родители последовали его рекомендации, и заболеваемость полиомиелитом в Северной Каролине снизилась с 2402 случаев в 1948 г. до 214 в 1949 г., то есть в 11 раз! В это же самое время в 39 штатах заболеваемость полиомиелитом *возросла,* а в тех штатах, где она снизилась, максимальный показатель был зафиксирован в Южной Каролине – примерно в 3 раза.

Здесь же стоит упомянуть, что в одном старом исследовании было показано значение генетического фактора в предрасположенности к полиомиелиту. В эксперименте сыворотка III (B) группы крови обладала значительно более высокой способностью нейтрализации полиовирусов, нежели сыворотка I (0) и II (A) групп[892]. Многие авторы наблюдали связь полиомиелита с различными формами эндокринной недостаточности у детей.

Лечение при полиомиелите симптоматическое; при дыхательных нарушениях больных переводят на искусственную вентиляцию легких.

Гомеопатии, лечившей острые вялые параличи практически с момента своего возникновения, было что сказать как в лечении, так и в профилактике полиомиелита. Испытывались многие средства, но особую популярность приобрел препарат *Lathyrus sativus,* приготовляемый из семян чины посевной, растения из семейства бобовых[893]. Это растение, которое известно способностью вызывать у питающихся его семенами нейролатиризм (заболевание, своим симптомокомплексом очень напоминающее паралитический полиомиелит), вошло в гомеопатическую практику в последней четверти XIX в. Гомеопаты быстро оценили его ценность. Так, согласно д-ру Артуру Хиллу Грим-меру (1874–1967) из Чикаго (Иллинойс), *Lathyrus sativus* имеет «то же сродство к тем же самым центрам спинного и головного мозга, какое имеет вирус полиомиелита, и [это лекарство] является лучшим противоядием и для профилактики, и для лечения [полиомиелита]»[894].

Вот несколько цитат относительно гомеопатического лечения и профилактики полиомиелита.

«Врачи-гомеопаты довольны, что они имеют действительно безопасный и лучший профилактический препарат, каким является правильно назначенный *Lathyrus sativus.* Профилактика не несет в себе абсолютно никакой опасности и, вероятно, обеспечивает пожизненный иммунитет, в то время как вакцина Солка – лишь на два года». Д-р Дуайт Смит (1885–1980) из Глендэйла, Калифорния.

«В сотнях семей я всегда использовал для профилактики *Lathyrus* 1M, в том числе и во время наихудших эпидемий, и я не видел ни одного случая полиомиелита, который бы развился до опасного состояния. У меня было 100 % выздоровления пациентов, а многие

случаи имели абортивное течение». Д-р Вилбер К. Бонд (Гринсфорк, Индиана)[895].

В своей книге д-р Дороти Шеперд цитирует сообщение д-ра Тейлора Смита из Йоханнесбурга, который прислал в Лондон отчет об эпидемии полиомиелита. Д-р Смит указывал, что в самом начале заболевания полезными лекарствами могут оказаться *Belladonna, Gelsemium, Physostigma* и *Lathyrus*. Читатели помнят, что именно *Gelsemium* часто оказывался спасительным лекарством при инфлюэнце. И действительно, в начальных стадиях грипп и полиомиелит чаще всего неразличимы, а потому, как отмечает в своих комментариях д-р Шеперд, правильно выбранное лекарство (например, *Gelsemium* или *Eupatorium)* может оборвать развитие болезни в самом ее начале. Полезным может оказаться *Gelsemium* и позднее; особенно он показан при легкой дрожи в пораженных мышцах[896]. Для профилактики д-р Смит дал *Lathyrus sativus* 30 группе из 82 человек в возрасте от 6 месяцев до 20 лет (42 белым детям, 21 ребенку из семей негров и мулатов и 19 белым взрослым). Доза была повторена через 16 дней. Хотя все жили рядом с районом, в котором была зарегистрирована эпидемия, а 20 человек, со слов д-ра Смита, имели прямой контакт с инфекцией, ни один человек из числа получивших профилактическое лечение не заболел. Это лекарство д-р Смит испытал и в лечении группы из 34 заболевших детей (18 белых и 16 из семей негров и мулатов). Каждый получил 3 дозы препарата с перерывом в полчаса. Девять человек к тому моменту, когда прибыл д-р Смит, были серьезно больны и пятеро из них были отправлены в больницу, а четверо были изолированы в своих домах (вероятно, это помешало получить информацию об их дальнейшей судьбе). Самый тяжелый случай был с девочкой двух с половиной лет, у которой д-р Смит обнаружил ригидность затылочных мышц и крайнюю чувствительность к малейшему прикосновению. Получив свои дозы *Lathyrus sativus,* девочка заснула, а проснулась на следующее утро, 12 часов спустя, без малейших признаков болезни[897].

Для долговременной невосприимчивости к полиомиелиту австралийский гомеопат д-р Айзек Голден в своей «Программе защиты с рождения» рекомендует дать одну дозу *Lathyrus sativus* 200 в 3 месяца, а затем в 5, 16, 26 и 56 месяцев – тройную дозу (разведения 30, 200 и 1М через каждые 8 часов)[898]. Другая рекомендация: 1 доза

Lathyrus 200 ежемесячно в течение 3 месяцев до начала теплого сезона, после его завершения – одна бустерная доза 1M, а в самом конце года – одна доза 10M. Эта доза может быть повторена год спустя, хотя, со слов авторов публикации, необходимости в этом нет[899].

Существует также нозод полиомиелита *Poliomyelitis nosode* – «биотерапевтическое средство из динамизированной спинномозговой жидкости, полученной в результате пункции у больного полиомиелитом»[900].

Д-р Фредерик Кленнер, страстный пропагандист использования витамина C для лечения самых различных болезней, пишет в своей статье, что неоднократно имел успех, назначая большие дозы своего излюбленного препарата. Он приводит случай, когда ему довелось лечить двух братьев, заболевших полиомиелитом. Дети получали внутривенно шприцом на 50 мл 10 и 12 грамм аскорбиновой кислоты соответственно своему весу, 4 раза с перерывом в 8 часов и 4 раза с перерывом в 12 часов. Кроме того, они принимали 1 грамм витамина каждые 2 часа. Выздоровление было полным, и, со слов д-ра Кленнера, оба позднее стали в школе и колледже чемпионами по легкой атлетике. Их соседка примерно того же возраста не получала лечения аскорбиновой кислотой и осталась инвалидом[901]. Не обсуждая сейчас обоснованность дозировок витамина C, следует признать, что его значение в защите от полиомиелита все еще недооценивается, хотя необходимых научных данных вполне достаточно: «Работами Н. Ф. Гамалеи (1939), К. Джанглбата с сотрудниками (1937, 1939 гг.) доказано, что небольшие дозы витамина C губительно действуют на вирус полиомиелита (2–3 мг аскорбиновой кислоты нейтрализуют 10–20 тысяч летальных доз вируса). По их мнению, недостаточность витамина C является одним из главных предрасполагающих факторов к заболеванию полиомиелитом… Благотворная роль аскорбиновой кислоты не ограничивается влиянием на возбудителей инфекции и токсемию… Она оказывает также положительное действие на макроорганизм, активизируя естественные механизмы иммунитета и способствуя образованию антител. Витамин C стимулирует все виды обмена веществ в организме и, в частности, белковый обмен, который при остром полиомиелите подвергается глубоким изменениям»[902]. Обследование заболевших полиомиелитом детей показало, что «в остром периоде заболевания неудовлетворительный витаминный

баланс (содержание витамина С в крови ниже 0,5 мг%) обнаружен в крови у 93,4 % детей, в спинномозговой жидкости – у 81,3 % из 103 обследуемых больных… Степень С-гиповитаминоза соответствует тяжести заболевания. Наиболее низкое количество витамина С отмечается при бульбарных и энцефалитических формах, особенно у детей более младшего возраста… Для ликвидации С-гиповитаминоза у детей, больных острым полиомиелитом, достаточно дополнительного введения витамина в пределах 200–400 мг в сутки. Нормальное количество аскорбиновой кислоты в крови достигается в среднем за 6–8 дней»[903].

Есть немало публикаций, показывающих, что отличные результаты в реабилитации пострадавших от полиомиелита имели также американские остеопаты. В одной из недавних статей, опубликованной во вполне ортодоксальном медицинском издании, отмечается, что вообще методы самовосстановления, разработанные пострадавшими, оказались намного эффективнее, чем беспомощное лечение, предлагавшееся официальной медициной, а растерянность ее представителей во время эпидемий полиомиелита убеждала пациентов, что им не на кого рассчитывать, кроме как на себя самих. Автор отмечает, что многие из методов, разработанных перенесшими полиомиелит пациентами, могли бы оказать огромную услугу, будь они сейчас внедрены в практику для реабилитации больных со сходными поражениями нервной системы[904].

Полиовакцины

Известно, что первое испытание вакцины против полиомиелита относится к 1934 или 1935 г. В тот момент имелись две экспериментальные вакцины – Колмера (инактивация вируса производилась 1 % рицинолеатом натрия) и Броди и Парка (вирус инактивировали 0,1 % формалином). Вакцины готовились из спинного мозга обезьян, искусственно зараженных вирусом полиомиелита. В своей книге проф. Вильсон пишет: «Большое количество людей, в основном дети до 15 лет, получили три дозы этой вакцины подкожно. Сообщения были получены о 10 725 реципиентах. У 10 из них развился полиомиелит после первой или второй дозы»[905]. Броди и Парк изменили технику инактивации, и, казалось, теперь надежность вакцины гарантирована. Однако эксперимент закончился трагедией. При новом испытании вакцину получили свыше 9000 человек; известно, что среди них было много детей и медсестер. В итоге 12 детей заболели полиомиелитом в течение 6–14 дней после первой или второй прививки, причем пятеро скончались, а трое остались с тяжелыми параличами. После этого все испытывавшиеся тогда вакцины против полиомиелита были запрещены. Сообщив об этом происшествии в «Журнале Американской медицинской ассоциации», директор Службы общественного здравоохранения США Дж. Лик, контролировавший эти эксперименты, добавил, что «многие врачи сочтут нежелательным дальнейшее использование полиовирусов для прививок людям в настоящее время»[906]. С ним был вполне согласен и «Британский медицинский журнал», заявивший, что «это несчастье на значительное время отсрочит будущие усилия такого рода. То, что они вообще были предприняты, можно объяснить лишь энтузиазмом заокеанской публики по отношению к методам специфической профилактики», и что «надо будет обладать недюжинной смелостью, чтобы снова взяться за эту проблему в клиническом ее аспекте»[907].

Вакцина Солка (инактивированная полиовакцина – ИПВ)

В последнем своем предположении, впрочем, «Британский медицинский журнал» ошибался. От д-ра Джонаса Солка (1914–1995) не потребовалось никакой особой смелости. Его вакцина, также ставшая причиной огромного количества несчастий, принесла ее автору лишь почести и лавры. Однако до него была предпринята еще одна попытка профилактики полиомиелита, на этот раз с помощью гамма-глобулина. Беддоу Бейли в своей книге «История вакцины Солка» описал, как гамма-глобулин, который в экспериментах на обезьянах в 1949 г. показал якобы великолепный защитный эффект, оказался совершенно бесполезным при попытке использовать его для защиты людей в США и Канаде в начале 1950-х гг.[908]

В новой вакцине Солка для инактивации вирусов также использовался формалин, однако теперь вирусы выращивались на почках макак-резус, а сама вакцина содержала все три выделенных Солком типа вируса. Обезьян тысячами ловили в индийском штате Уттар Прадеш и на самолетах отправляли в США и Канаду, где под анестезией хирурги удаляли им почки (после этого обезьяны умерщвлялись эфиром)[909]. Культуры почечных клеток заражались отдельными типами вируса полиомиелита; после инактивации формалином готовилась вакцина, которую сначала испытывали на животных. Полевые испытания вакцины начались в 1954 г. Деньги на исследования собирались добровольцами Национального фонда детского паралича в рамках кампании «Марш десятицентовиков» (March of Dimes). Привиты были около 2 млн детей в 44 штатах, однако оценка эффективности, согласно утверждению журнала «Лайф», была сделана на основании данных, полученных всего из 11 штатов. Там были привиты 200 745 детей, а 201 229 получили уколы плацебо – окрашенной неизвестным красителем воды. Среди привитых подтвержденный лабораторно полиомиелит развился у 10, а среди получивших уколы плацебо – у 68. На этом основании был сделан вывод, что эффективность вакцины может быть выше 80 %. Почему была исключена статистика 33-х штатов и что это был за таинственный

краситель, после уколов которым заболевших детей оказалось почти в 7 раз больше, чем после прививки, так и осталось покрытым тайной[910].

12 апреля 1955 г., выступая с двухчасовым докладом перед пятьюстами врачами службы общественного здравоохранения в университете Энн Эрбор (Мичиган), д-р Томас Френсис-мл., директор Центра полиомиелитных вакцин того же университета, заявил, что вакцина показала свою безопасность и эффективность[911]. Специалисты почти сразу же выразили большие сомнения в том, что полученные данные заслуживают доверия. Прежде всего, в отчете Френсиса отсутствовало сравнение равноценных возрастных групп. Привитые учились во втором классе, дети из контрольной группы были старше или младше. Говоря о защищенности вакциной, Френсис под вакцинированными понимал лишь тех, кто получил *две* дозы вакцины. Это означало, что если ребенок заболевал полиомиелитом после первой прививки, он считался… непривитым и, соответственно, учитывался статистикой экспериментаторов как заболевший полиомиелитом непривитый. Позднее выяснилось, что таким образом были исключены из статистики 90 человек. В докладе отмечалась эффективность, варьирующая от 81 до 94 % при бульбоспинальной форме болезни и от 39 до 60 % при спинальной паралитической форме, а что касается непаралитической формы болезни, самой распространенной, то и со всеми статистическими трюками никакой разницы между группой привитых и контрольной группой обнаружено не было. Учитывая, что больной даже самой мягкой формой полиомиелита может стать разносчиком инфекции, оснований для хвастливых заявлений Солка в раздававшихся им направо и налево интервью о том, что его вакцина скоро покончит с полиомиелитом, было немного. Однако раздутая до небес истерика из-за полиомиелита и огромные ожидания публики заглушили немногочисленные возражения специалистов. Всего через несколько часов после выступления д-ра Френсиса-мл. были выданы правительственные лицензии на производство вакцины, и пять компаний – «Парк Дэвис» (Детройт, штат Мичиган), «Каттер» (Беркли, штат Калифорния), «Виет» (Филадельфия, штат Пенсильвания), «Эли Лилли» и «Питман Мор» (обе – Индианаполис, штат Индиана) приступили к делу. Словно танки, прямо с конвейера отправляющиеся на фронт, вакцины прямо из цехов отправлялись для срочного спасения

детей от полиомиелита. Всего за несколько недель было привито свыше 5 млн человек.

Гром грянул 26 апреля, когда появилось первое сообщение о 6 детях, заболевших полиомиелитом после прививок. Все они были привиты вакциной фирмы «Каттер». Вакцина была немедленно отозвана, но было уже поздно. Заболевания продолжали регистрироваться, и несколько случаев пришлись и на долю компании «Виет». 12 мая прививки против полиомиелита были временно прекращены. Позднейшее разбирательство установило, что всего с вакцинами было связано 260 случаев полиомиелита; 94 у привитых (59 – в паралитической форме), 126 случаев в семьях привитых (101 – в паралитической форме) и 40 случаев пришлись на контакты в окружении (32 – в паралитической форме). В ряде случаев переносчиками инфекции становились родители, ухаживавшие за своими заболевшими детьми – заразившись от них и не заболевая сами, они заражали других. Умерло 10 человек (5 привитых и 5 контактировавших с привитыми), у некоторых остались тяжелые параличи. Вина была возложена на две серии из восьми, произведенных «Каттер». Из-за ошибок в процессе инактивации вируса тот оставался «недоубитым» и прививаемые получали прививки настоящими, заботливо выращенными вирусами полиомиелита всех трех типов[912]. Из 60 исков, поданных против «Каттер», 54 на общую сумму свыше 3 млн долларов были удовлетворены. Обращало на себя внимание непропорционально большое число заболевших среди контактировавших, что было нехарактерно для «дикого» полиомиелита.

Журналист Джеймс Сполдинг написал в «Милуоки джорнэл» 15 мая 1955 г.: «Национальный институт детского паралича и Служба общественного здравоохранения США использовали в истории с полиовакциной политику скрытности и обмана. В результате этого американские врачи были лишены возможности познакомиться с крайне важной информацией о проблемах, связанных с тестированием и производством вакцины Солка… Если бы врачи получили доступ к такой информации, то их мнение могло бы заставить эти организации предпринять меры, способные предотвратить случаи заражения детей полиомиелитом через вакцины. Поэтому умолчания и ложь начались еще до полевых испытаний вакцины… Американской медицинской ассоциации не было сказано о том, что совещательный комитет Службы

общественного здравоохранения США почти целиком состоит из людей, получающих деньги от Национального фонда детского паралича, и именно они подгоняли введение в практику вакцины Солка даже после того, как было показано, что она опасна… Когда в мае представители организаций здравоохранения собрались в Атланте, они рассчитывали услышать о проблемах, связанных с вакциной Солка. Вместо этого выступивший ученый из Службы общественного здравоохранения заявил, что ему не разрешено говорить о том, что произошло, так как это может подвергнуть опасности инвестиции фармацевтических компаний в разработку вакцин»[913].

Здоровье детей, в трогательной заботе о которых традиционно разворачиваются шумные кампании по производству и сбыту вакцин, на поверку оказывается куда менее важным, что инвестиции фармацевтических компаний! В июне главный хирург США д-р Шил заявил перед собравшимися специалистами, что «вакцина Солка сложна для производства, и безопасность ни одной ее партии не была доказана перед тем, как ею стали прививать детей»[914].

После двухнедельного перерыва прививки были возобновлены – публике объяснили, что речь шла о досадной случайности. Результаты, впрочем, вновь оказались удручающими. К осени 1955 г. полный провал «спасительной» прививочной кампании стал очевиден. На волне солковских прививок заболеваемость полиомиелитом во многих штатах не только не снизилась, но, наоборот, увеличилась. Массачусетс к 30 августа 1955 г. имел 2027 заболевших против 273 за тот же период 1954 г. В некоторых других штатах к августу-сентябрю 1955 г. аналогичное соотношение выглядело следующим образом: Вермонт – 55–15, Висконсин – 1655–326, Коннектикут – 276–144, Мэн – 74–43, Мэриленд – 189–134, Нью-Гемпшир – 129–38, Нью-Йорк – 764–469, Род-Айленд 122–22. В некоторых штатах прививки были прекращены уже летом. Д-р Питерсон, директор Службы общественного здравоохранения Айдахо, своим приказом прекратил прививки 1 июля 1955 г., заявив, что он возлагает всю ответственность за вспышку полиомиелита, убившую семерых и отправившую в госпиталь 79, на вакцину Солка и ее производителей. К сентябрю в штате было зарегистрировано 190 случаев заболевания, в го время как за тот же период 1954 г. их было 132. В Юте прививки были запрещены 12 июля. Даже в тех штатах, где было зарегистрировано снижение

заболеваемости, оно было столь незначительным, что его можно было отнести за счет чего угодно: Нью-Джерси – 295–298, Нью-Орлеан – 22–25, Чикаго – 235–281, Южная Каролина – 210–224[915].

Читатель, вероятно, удивится, узнав, что при таких несомненных «успехах» вакцины Солка заболеваемость полиомиелитом в США в 1955 г. согласно статистическим отчетам *снизилась.* Однако объясняется это просто. Еще до того, как вакцина Солка появилась на прививочном рынке США, ее успех был обеспечен простым изменением диагностических критериев. До 1954 г. было достаточно симптомов паралича, дважды обнаруженных при исследовании больного и продолжающихся в течение 24 часов, чтобы пациент получил диагноз полиомиелита. Не требовалось никаких лабораторных анализов или проверки, что же произойдет с пациентом позднее. Однако когда во время полевых испытаний вакцины Солка выяснилось, что полиомиелит может возникнуть спустя долгое время после сделанной прививки, то решено было изменить критерии диагноза. Теперь требовалось, чтобы паралич возникал через 10–20 дней после начала болезни, и должен был оставаться еще как минимум 40–50 дней. Таким образом, полиомиелитом стало фактически новое заболевание: *паралитический полиомиелит с продолжительным параличом.* А поскольку обычно паралитический период длится не дольше нескольких дней, то при таких диагностических критериях ясно, что даже дистиллированная вода могла бы стать великолепной, эффективной вакциной. Кроме того, было сделано еще одно важное изменение: начиная с 1955 г. диагноз полиомиелита следовало подтверждать лабораторными анализами. После того, как было принято такое решение, выяснилось, что огромное количество случаев, считавшихся ранее несомненным полиомиелитом, были инфекциями, вызванными вирусами из группы Коксаки или ЕСНО[916], вызывающими неотличимый от полиомиелитного симптомокомплекс, но теперь именующийся асептическим менингитом. Например, «в Шотландии, при обследовании материалов, собранных в 1959 г., когда наблюдалось 96 случаев асептического менингита и только 10 паралитических случаев, не выделено ни одного штамма полиовируса»[917]. Понятно, что будь дело четырьмя-пятью годами ранее, все 96 пострадавших были бы объявлены больными

полиомиелитом, а пресса и радио кричали бы, что отсутствие прививки против этой болезни – преступление против человечества.

Тщательные исследования острых вялых параличей, которые до появления требования обязательной лабораторной диагностики считались несомненным указанием на полиомиелит, обнаруживают, что полиомиелит отнюдь не является ведущей причиной. Например, при изучении 19 заболевших ОВП в Доминиканской республике в период с июля по ноябрь 2000 г., выяснилось, что полиомиелитом были больны лишь шестеро[918]. Интересно здесь то, что в течение 4 лет, предшествовавших 2000 году, ОВП регистрировались в Доминиканской республике постоянно, с частотой от 4 до 24 случаев в год. ВОЗ проверяла все эти случаи… и ни разу не обнаруживала полиомиелит. Две крупные вспышки ОВП последовали за Национальными днями иммунизации против полиомиелита в Бахрейне в 1995–96 гг. Во время первой из них пострадало 286 детей, во время второй – 169 (почти все были в возрасте до 12 лет). И снова: будь это в начале 1950-х гг., все заболевшие получили бы несомненный диагноз полиомиелита. Однако ВОЗ установила, что всему виной почти в половине случаев (44 % исследованных образцов во время первой вспышки и 45,5 % во время второй) ЕСНО-вирусы, а в остальных случаях причину установить не удалось. Таким образом, пострадавших от полиомиелита, а точнее прививок от полиомиелита, не оказалось вообще[919]. По данным, опубликованным на сайте Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ, в последние годы в РФ регистрируется ежегодно от 350 до 500 случаев ОВП у детей. Вряд ли могут быть сомнения, что значительная часть из них вызывается разнообразными прививками, в первую очередь оральной полиовакциной (ОПВ) и АКДС. Отмечу здесь же, что картина ОВП может вызываться не только энтеровирусами (то есть полиовирусами, Коксаки-вирусами и ЕСНО-вирусами), но, вероятно, также и вирусами, относящимися к совершенно другим группам. Так, описан случай, когда типичная картина полиомиелита была зарегистрирована у инфицированного вирусом Эпштейна-Барр, вызывающим инфекционный мононуклеоз[920].

Понятно, что возникает вполне логичный вопрос: а были ли эпидемии полиомиелита, вызвавшие общественную панику и подтолкнувшие на рынок полиовакцины, действительно эпидемиями полиомиелита, или же речь шла о каких-то иных заболеваниях? Ведь

диагноз ставился практически исключительно по картине ОВП! Введение новых диагностических критериев сделало невозможным объективное сравнение заболеваемости до и после начала прививок.

Однако трагедия полиовакцин оказалась намного страшнее нескольких сот случаев смертей и параличей…

История SV-40 и ВИЧ

В 1959 г. Бернайс Эдди (1903–1989), исследователь из американского Национального института здоровья (NIH), решила, наконец, изучить странное явление, на которое обратила внимание еще в 1955 г. Культуры клеток обезьяньих почек, на которых выращивались полиовирусы, гибли сами по себе, без какого-либо вмешательства извне и без какой-либо видимой причины. Дважды она сообщала об этом своему руководству в докладных записках, и оба раза ее сообщения были проигнорированы. В 1959 г. д-р Эдди приготовила экстракт почечной ткани, взятой у десяти обезьян, и подкожно ввела его 23 новорожденным хомякам. В течение 9 месяцев у 20 из них развились огромные подкожные злокачественные опухоли, от которых все они позднее погибли. Оказалось, что причиной этого был неизвестный вирус. Этот ДНК-содержащий вирус оказался более устойчив, чем вирус полиомиелита, а потому меры, предпринимавшиеся для инактивации вируса полиомиелита, ему не вредили. Как и аденовирусы (также ДНК-вирусы), этот вирус мог вызывать развитие опухолей у биологических видов, не являющихся его естественными хозяевами. В июле 1960 г. д-р Эдди представила свои находки Джозефу Смейделю, возглавлявшему биологическое отделение института, присовокупив, что, вероятно, причиной развития опухолей стал какой-то вирус обезьян. Не желая ни во что толком вникать, тот сразу же заявил, что речь идет о безобидных подкожных «шишках», и предупредил Эдди, чтобы та не лезла не в свое дело. Однако в том же самом году в лабораториях «Мерка» в Пенсильвании д-ра Бен Свит и Морис Хиллеман выделили этот вирус. Поскольку это был 40-й вирус, найденный в почках макак-резус, то его назвали SV (simian virus)-40. В то время как новые и новые миллионы американцев получали вакцину Солка, в СССР и восточноевропейских странах испытывалась вакцина Сэбина, которая, как позднее выяснилось, также была заражена SV-40. В начале 1961 г. состоялось тайное совещание чиновников здравоохранения и производителей полиовакцин, на котором производители объявили, что SV-40 для человека безопасен. Однако в марте того же года Служба здравоохранения США приказала производителям позаботиться о том, чтобы вирус отсутствовал во всех

будущих вакцинах. При этом никто из чиновников не потребовал отозвать с рынка зараженные серии вакцин и никто не сообщил публике о том, что обнаруженный вирус вызывает раковые опухоли у лабораторных животных.

Тайное всегда становится явным, и ждать разоблачения пришлось не слишком долго. Уже 21 июля 1961 г. «Нью-Йорк Таймс» сообщила, что «Мерк» и другие производители прекратили выпуск полиовакцин и заняты поиском способов удалить из них какой-то обезьяний вирус. В ответ на запрос Служба здравоохранения заявила, что не располагает доказательствами того, что этот вирус может представлять опасность. В 1962 г. начались эпидемиологические исследования. Молодой выпускник Гарварда д-р Джозеф Фромени, поступивший на работу в Национальный институт рака, исследовал, с двумя своими коллегами, сохранившиеся образцы вакцин Солка выпуска мая и июня 1955 г., первых месяцев общенациональной прививочной кампании. Вакцины условно были разделены на 3 группы – с высоким, средним и низким содержанием SV-40, после чего исследователи сравнили смертность от рака шести-восьмилетних детей, ранее получивших прививки от полиомиелита. Согласно полученным данным, опубликованным в «Журнале Американской медицинской ассоциации», разницы в смертности между штатами, получившими вакцины с высоким, средним или низким содержанием SV-40, а также со штатами, получившими вакцины без вируса SV-40, обнаружено не было. В течение долгого времени американская медицинская администрация выставляла эти данные в пользу свидетельства того, что SV-40 безопасен для человека[921]. В 1976 г. Фромени вернулся к теме SV-40.

Он исследовал группу подростков (в подавляющем большинстве – выходцев из малообеспеченных негритянских семей), которые в начале 1960-х гг. были объектом прививочных экспериментов в одном из госпиталей Кливленда. Тогда врачи-экспериментаторы занимались определением безопасности различных доз вакцин, и новорожденные получили дозу вакцины в 100 (!) раз превышающую дозу для взрослых. В основном их прививали живой полиовакциной Сэбина, которая, как было установлено, также была контаминирована SV-40. В течение 1976–79 гг. Фромени и его помощники разослали анкеты подросткам и, получив ответы, пришли к выводу, что никаких проблем со здоровьем SV-40 не создает. При этом они, впрочем, признали, что ответило

недостаточное количество человек (менее половины), что для развития опухолям может потребоваться больше 17–19 лет и что риск ущерба для здоровья вследствие заражения оральной вакцины ниже, чем он может быть при заражении вакцины инъекционной. Тем не менее, данные исследования были опубликованы, и федеральное правительство сочло, что на изучении вируса можно ставить крест. Но все оказалось далеко не так просто и безоблачно, как это казалось на уровне эпидемиологических исследований. Настоящие открытия и настоящий шок от них были еще впереди.

В 1988 г. два бостонских ученых, д-р Роберт Гарсия и его ассистент д-р Джон Бергзагель, исследовали опухоли человеческого мозга, используя незадолго до того разработанную технологию полимеразной цепной реакции (ПЦР), и обнаружили в более чем половине новообразований (опухолей сосудистого сплетения и эпителиальных опухолях желудочков мозга у детей) непонятную ДНК, которая при ближайшем рассмотрении оказалась ДНК вируса SV-40[922]. Собственно, они не были первыми, кто обнаружил этот вирус в человеческих опухолях. В 1979 г. коллектив американских исследователей написал статью, озаглавленную «Влияние полиовакцины, зараженной SV-40, на частоту и тип опухолей центральной нервной системы у детей: популяционное исследование». Было обнаружено значительное увеличение частоты опухолей мозга у детей, чьим матерям делались прививки вакцинами, зараженными SV-40. Ученые писали: «В конце 1950-х и начале 1960-х гг. произошло увеличение частоты опухолей центральной нервной системы, обнаруженных у детей, как это было зарегистрировано в онкологическом регистре штата Коннектикут.

С 1955 по 1961 гг. в Коннектикуте использовалась полиовакцина, которая, как это позднее выяснилось, была заражена SV-40. На животных моделях SV-40 вызывал опухоли центральной нервной системы… Особенно значительным было увеличение количества глиом (астроцитома, спонгиобластома и мультиформная глиобластома) у детей, родившихся в 1956–62 гг. Среди пациентов с медуллобластомой 10 из 15 были заражены SV-40. Этот уровень значительно выше, чем в контрольной группе (детей без опухолей мозга)… SV-40 способен избирательно вызывать злокачественные опухоли. В заключение мы демонстрируем ясную связь между инфицированием SV-40 и развитием

медуллобластомы и… частотой глиом»[923]. Однако до появления метода ПЦР методы идентификации были достаточно примитивны и не могли служить надежным доказательством наличия вируса. Метод ПЦР был неизмеримо более достоверным и точным, и не считаться с исследованиями, сделанными с его помощью, было уже нельзя. Особенно настораживал тот факт, что хотя дети, казалось, не могли получить контаминированные полиовакцины, вирус присутствовал в их опухолях! Это могло означать только одно: вирус оказался способным распространяться и вертикально – от матери к ребенку.

Следующий шаг в исследовании вируса SV-40 был сделан д-ром Мишелем Карбоуном, который, обнаружив, что инъекция вещества, содержащего этот вирус, вызывает у хомяков развитие не только злокачественных опухолей в месте укола, но и редкого вида рака средостения – мезотелиомы, решил проверить хранящиеся в Национальном институте здоровья образцы этой опухоли. До 1950-х гг. эта опухоль встречалась исключительно редко, но затем ее частота начала резко возрастать, что относили на счет предшествовавшего контакта с асбестом. Правда, примерно у 20 % заболевших истории работы с асбестом не обнаруживалось, но этому факту большого значения не придавали. Карбоун исследовал 48 образцов и в 28 из них он нашел SV-40[924]. Он же обнаружил SV-40 в иных злокачественных опухолях человека, а именно в остеосаркомах[925]. Вслед за этими появились и другие публикации, указывавшие на наличие SV-40 в злокачественных опухолях.

Проблема заключалась еще и в том, что *все* образцы всех вакцин периода 1955–1963 гг. были властями вполне предусмотрительно уничтожены, а потому оставалось непонятным, сколько же именно серий вакцины и каким количеством вируса были инфицированы. Помощь пришла неожиданно. Д-р Герберт Ратнер, бывший директор Службы общественного здравоохранения в Оук Парк (Иллинойс), профессор кафедры профилактической медицины и общественного здравоохранения медицинского факультета университета в Чикаго и редактор «Бюллетеня Американской ассоциации врачей Службы общественного здравоохранения», в 1997 г., незадолго до своей смерти, связался с Мишелем Карбоуном и передал ему семь запечатанных пробирок с полиовакциной, которые хранились у него замороженными с 1955 г. Он хранил эти пробирки в течение 42 лет, ожидая возможности

довериться кому-либо и отдать их. Такого человека он нашел в лице д-ра Карбоуна и не ошибся. Эта была последняя услуга, которую честный ученый оказал людям в борьбе против прививочного истеблишмента[926]. Эти семь пробирок с полиовакциной, чудесным образом попавшие к Карбоуну, позволили тому сделать новое и очень важное открытие. То, что все вакцины из пробирок Ратнера были, как и ожидалось, заражены SV-40, удивить уже не могло[927]. Однако Карбоун обнаружил *другой штамм* SV-40, который он назвал «первичным». Хотя производители, как им и было приказано, переключились в 1961 г. с макак-резус на зеленых африканских мартышек, у которых не было вируса SV-40, они продолжили использование потенциально зараженных штаммов, выращенных на тканях почек макак-резус, для инициации процесса производства вакцины. Производители проверяли, не проскользнул ли вирус SV-40, в сериях тестов продолжительностью в две недели. Но когда Карбоун повторил эти тесты, он обнаружил, что второй, медленно растущий «первичный» штамм SV-40 требует *19 дней* для обнаружения. В опубликованном отчете о результатах исследования вакцин, полученных от Ратнера, Карбоун отметил, что есть вероятность того, что «первичный» SV-40 годами ускользал от скрининг-тестов производителей и продолжал инфицировать прививаемых и много лет спустя после 1962 г. Вполне вероятно, что этот вирус проникает и в нынешние полиовакцины. В главе о коклюше я упоминал супругов Горвин, родителей двухлетнего Александра, скончавшегося от медуллобластомы в январе 1998 г. Во всех пяти независимых лабораториях, куда ткань опухоли была отправлена на исследование, методом ПЦР было подтверждено наличие SV-40. Парадокс же заключался в том, что в пупочной крови, сохраненной после родов, этот *вирус обнаружен не был.* Таким образом, в момент родов и мать, и сын носителями вируса не являлись. Ребенок был инфицирован им позднее. Родители считают, что полиовакцина «Оримьюн» (производитель – компания «Ледерле»), прививку которой получил Александр, была заражена SV-40. В доказательство этого эксперт, приглашенный ими как свидетель истца (семья Горвин подала иск в Центральный окружной суд Калифорнии против хозяина «Ледерле», компании «Америкэн Хоум Продактс»), заявил, что вакцина «Оримьюн» производится на основе «семенного фонда» вирусов, полученных еще Сэбином; при этом «Ледерле» не смогла представить никаких доказательств, что она нашла

технику эффективной нейтрализации SV-40 или что она уничтожила зараженные культуры (старый прививочный принцип «Не пропадать же добру!» – вместо уничтожения культур «Ледерле» выбрала проведение повторных проверок серий вакцин на основе этих культур)[928]. Бюрократические зацепки позволили вакцинаторам выйти и на этот раз сухими из воды, суд в 2003 г. отклонил иск. Эту историю я привожу здесь исключительно с целью показать, что проблема удаления SV-40 из вакцин, возможно, до сих пор не нашла своего решения. К сожалению, материалов об оригинальных исследованиях связи SV-40 с опухолями в советской или российской научной литературе мне обнаружить не удалось.

В апреле 2001 г. в Чикагском университете собралась конференция по SV-40, на которой присутствовали свыше 60 ученых из различных стран. Практически все выступившие подтвердили, что вирус SV-40 обнаруживается в человеческих опухолях. Интересно, что на конференции прозвучало предложение… создать вакцину против SV-40. Я думаю, читатели вспомнят о похожем предложении создать вакцину против опоясывающего герпеса, заболеваемость которым начала расти по мере распространения прививок против ветряной оспы. Сначала из-за прививок люди начинают страдать от новых болезней, потом против этих болезней придумывают вакцину, которая, в свою очередь, также станет причиной каких-нибудь недугов, и для их предотвращения потребуется новая вакцина… Неужели так и будет крутиться бесконечное колесо «прививки – болезни – прививки» на радость производителям и распространителям вакцин?

В конце июня 2004 г. на конференции в Роквилле (Мэриленд) неугомонный Карбоун собщил о своей новой находке. Изучив сохранившиеся в США образцы советской живой полиовакцины конца 1960-х гг., он обнаружил SV-40 и там. Тогда Карбоун проанализировал метод уничтожения SV-40 хлоридом магния, применявшийся в СССР, и пришел к выводу, что тот был эффективен на 95 %. Таким образом, советские вакцины, которые рассылались по всем соцстранам, а также в Японию (по некоторым сведениям их приобрели около 100 государств), были также контаминированы обезьяньим вирусом. Д-р Константин Чумаков, сын акад. М. П. Чумакова (1909–1993), «отца советской полиовакцины» (см. ниже), ныне работающий при Управлении контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA), отправился в Москву,

чтобы разобраться с вопросом относительно заражения вакцин SV-40. Увы… Читатели уже могут догадаться, что никаких образцов вакцин тех лет не сохранилось. Как, впрочем, и документации…[929].

Сегодня уже не вызывает сомнений, что SV-40 находится в человеческих опухолях. Вопрос лишь в том, какую именно роль играет этот вирус в развитии опухолей. Ведущие специалисты считают SV-40 канцерогеном класса 2A[930]. Молекулярные исследования помогли установить, что ДНК этого вируса способна встраиваться в ДНК отдельных клеток хозяина. Однако если в обычных клетках неконтролируемое размножение вируса приводит к их гибели, то в клетках нервной и мезотелиальной тканей вирус способен подавлять функцию гена, блокирующего рост опухолей, и таким образом вирусу удается выжить. Предполагается, что эти особенности вируса объясняют, почему раковые клетки, содержащие SV-40, более устойчивы к радиационной терапии и химиотерапии. Что же касается асбеста, то он, вероятно, играет роль т. н. соонкогена, подавляя иммунный ответ, направленный на уничтожение стремительно образующихся клеток[931].

Еще одна обсуждаемая сегодня гипотеза, связанная с полиовакцинами, имеет отношение к появлению синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Впервые предположение о том, что неизвестно откуда взявшийся и продолжающий распространяться по земному шару вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) связан с зараженными полиовакцинами, прозвучало в начале 1990-х гг. Ученые все более сходились во мнении, что одна из разновидностей вируса (ВИЧ-1) имеет своим предшественником обладающий очень сходными свойствами вирус, характерный для шимпанзе. Вопрос, главным образом, был в том, когда и каким образом он смог пересечь межвидовой барьер[932]. Предлагалось несколько теорий, в том числе довольно экзотических (использование крови шимпанзе для усиления полового возбуждения, опыты на людях, когда им вводилась кровь шимпанзе с целью выяснить, гибнут ли в крови человека малярийные плазмодии, имеющиеся у приматов и пр.); наибольшую популярность приобрела теория случайного заражения, согласно которой вирус шимпанзе инфицировал одного из охотников на шимпанзе после случайного пореза. В 1991 г. сотрудник Калифорнийского университета в Сан-Франциско Блейн Элсвуд

высказал свою гипотезу, которая связывала появление СПИДа и кампанию конца 1950-х гг. по массовому использованию живых полиовакцин, вирусы для которых выращивались на культурах почек шимпанзе. В деталях эта версия была изложена в статье Томаса Куртиса «О происхождении СПИДа»[933]. В 1994 г. эта идея была далее развита Элсвудом и Стрикером в журнале «Медицинские гипотезы». Авторы привели доказательства того, что распространение СПИДа, начавшееся из Экваториальной Африки, и массовые кампании 1957–1959 гг. по прививанию местного населения полиовакциной могут быть связаны между собой[934]. Три года спустя в том же журнале два других ученых, Рейнхардт и Робертс, продолжили тему[935]. Следующий по важности шаг был сделан не ученым, а журналистом, бывшим сотрудником «Би-би-си» Эдвардом Гупером, опубликовавшим в 1999 г. свою быстро ставшую бестселлером книгу в тысячу страниц под названием «Река: путешествие к истокам ВИЧ и СПИДа»[936]. Своей книгой и более поздними исследованиями Гупер пытался внести ясность в этот вопрос и подтвердить теорию, оказавшуюся очень и очень не по душе властям. Гупер считает, что начало СПИДу дала так называемая CHAT-полиовакцина, которой в 1957–1960-х гг. были привиты свыше одного миллиона африканцев. Прививки делались на территории Бельгийского Конго и на территории Руанды-Урунди, находившейся под контролем Бельгии (сейчас Демократическая Республика Конго, Руанда и Бурунди) Для приготовления вакцин использовались культуры почечных клеток макак-резус, гвинейских бабуинов и зеленых мартышек. Не поверив заявлениям тех, кто принимал участие в тех далеких событиях, и проделав огромную исследовательскую работу (для чего он несколько раз посещал с экспедициями Центральную Африку), Гупер установил, что для производства некоторых CHAT-вакцин в группе исследователя Хилари Копровски использовались также и шимпанзе; до закрытия экспериментальной станции в 1960 г. (из-за начавшегося восстания бельгийцам пришлось покинуть Африку) на нее было переправлено около 600 шимпанзе. Сэбин со своими вакцинами экспериментировал на русских (см. ниже), а Копровски – на африканцах; каждый стремился опередить противника, каждый спешил стать спасителем мира от полиомиелита. Книга Гупера наделала столько шума и обещала иметь такие последствия, что в сентябре 2000 г. Королевское общество собрало в Лондоне свою конференцию,

на которой выступили сам Хилари Копровски и известный американский вакцинатор Стэнли Плоткин, некогда бывший ассистентом Копровски. В своих докладах они заявили, что были проведены исследования сохранившихся образцов CHAT-вакцин и никаких вирусов там обнаружено не было; на основании этого, по их мнению, гипотеза вполне опровергнута. Однако ни Гупера, ни его многочисленных сторонников это не остановило. «Река» Гупера переиздается постоянно, каждый раз с все новыми фактами, свидетельствующими в пользу гипотезы о вакцинном происхождении ВИЧ-1. Кроме того, в процессе сбора свидетельских показаний вскрылись весьма неприглядные факты давления на свидетелей, попыток подкупа или шантажа, давления на научную прессу с тем, чтобы не публиковались исследования, которые могут навсегда подорвать доверие публики к вакцинам и стать поводом для исков в миллиарды долларов, так что до конца разбирательства по связи СПИДа и полиовакцин еще очень и очень далеко.

Вакцина Сэбина (оральная полиовакцина – ОПВ)

Не только неприемлемо большое количество осложнений и вполне очевидная неэффективность вакцины Солка заставили искать новую вакцину ей на смену или в дополнение к ней. Вакцинаторы заявляли, что вакцина Солка не была в состоянии решить проблему полиомиелита даже на теоретическом уровне. В самом лучшем случае она могла защитить от заболевания полиомиелитом привитого, но привитые, точно так же, как и непривитые, инфицировались «дикими» вирусами полиомиелита, которые размножались у них в кишечнике и продолжали путешествовать среди людей. Циркуляция вируса не прекращалась, а значит продолжала сохраняться и опасность вспышек заболевания. Требовалось создать такую вакцину, которая бы сделала получивших ее невосприимчивыми к штаммам «дикого» вируса полиомиелита.

Систематические эксперименты по созданию живой вакцины начались в 1946 г. в лабораториях компании «Ледерле» в Пирл-Ривер (Нью-Йорк), в них принимал участие и упоминавшийся выше д-р Хилари Копровски. В начале 1950-х гг. он показал принципиальную возможность создания живой полиовакцины. Вирусы выращивались на куриных эмбрионах, а затем пассировались через мозг крыс. Однако из-за ряда неудобств, связанных с этим методом, Копровски и его сотрудники перешли, по примеру Солка, к работе с почками обезьян. В 1957 г. Копровски стал директором института Вистар в Филадельфии, и в том же году начались испытания его полиовакцины в Бельгийском Конго, о чем также было сказано выше. В том же году другой американец, Альберт Брюс Сэбин (1906–1993), занимавшийся полиовакцинами с начала 1930-х гг., начал свои опыты в СССР. Сэбин подчеркивал особую пользу оральной полиовакцины (ОПВ): «ОПВ отличается от других живых аттенуированных вакцин тем, что, попав естественным путем (через рот), вакцинные штаммы интенсивно размножаются и передаются непривитым членам семьи и всему обществу»[937]. Похоже, что ни в одной стране мира никто из власть предержащих не задался вопросом об этичности и дозволенности

такого мероприятия. Превращая здорового человека не только в фактически больного, но и в носителя и распространителя потенциально опасной инфекции, вакцинаторы и не думают о соблюдении элементарных человеческих прав, для них важен «охват» всего населения (включая и тех, кто отказался от прививок и кому они противопоказаны по состоянию здоровья) прививочными вирусами ради достижения вожделенного «коллективного иммунитета»[938]. А ведь вполне реальный прививочный полиомиелит опасен не только самим привитым, но и тем, с кем они контактируют. Об этом речь пойдет ниже.

Вероятно, после истории с вакциной Солка в 1955 г. американцы не желали превращать своих детей в объект эксперимента с новой вакциной. Однако в СССР, где с 1955 г. наблюдался резкий рост заболеваемости полиомиелитом (о возможных причинах этого я говорил ранее), предложение испытать новую вакцину, для которой Сэбин передал штаммы в московский Институт полиомиелита, не вызвало возражений. Хотя, по уверению российских прививочных иконографов, «под руководством его (Института полиомиелита. – *А. К.*) основателя и многолетнего руководителя академика М. П. Чумакова были проведены многоплановые исследования, обосновавшие высокую эффективность и безопасность вакцины из аттенуированных штаммов Сэбина вируса полиомиелита»[939], испытания вакцины, начавшиеся в СССР в 1957 г., привели к трагедии. В Ленинграде 27 детей, получивших ОПВ, скончались, а трое получили поражение нервной системы. Несмотря на все усилия автора и его добровольных помощников, узнать детали этой трагедии так и не удалось[940], как и то, была ли она единственной, или же «высокая безопасность» ОПВ оборвала жизни и других детей. В 1959 г. в СССР начались массовые прививки ОПВ. В начале 1960-х гг. эту стратегию приняли и США. Хотя дружный хор прививочного агитпропа уверяет, что моментально с начала использования ОПВ заболеваемость полиомиелитом в СССР покатилась вниз, а паралитический полиомиелит стал уделом исключительно непривитых, анализ литературы показывает, что такая оценка по меньшей мере чересчур категорична. Так, известный советский эпидемиолог акад. Л.В.Громашевский (1887–1980), изучавший заболеваемость полиомиелитом на Украине, указывал, что начало использования ОПВ в 1959 г. совпало с естественным

«цикличным спадом эпидемии». ОПВ начала использоваться лишь в самом конце 1959 г., а заболеваемость полиомиелитом в 1959 по сравнению с 1958 г. снизилась на 24 %. Что же касается эффективности вакцины, то я просто процитирую акад. Громашевского: «В 1960–1964 гг. по республике регистрировались случаи полиомиелита как среди привитых, так и среди непривитых детей. В 1960 г., на первом году вакцинации, среди заболевших полиомиелитом было 35,2 % детей, получивших полный курс вакцинации, в 13,4 % случаев заболевание регистрировалось среди детей, неполностью привитых, в 34,7 % болели непривитые дети, в остальных 16,7 % данные о вакцинации заболевших отсутствовали. В 1961 г., когда почти все дети на Украине были уже привиты, 72,3 % заболевших получили полный курс вакцинации, у 12,6 % детей курс вакцинации был не окончен; в 7,8 % случаев болели непривитые дети, в 7,3 % данные о вакцинации отсутствовали. В 1962 г. 63 % заболевших детей были полностью вакцинированы, у 7 % детей курс вакцинации не был окончен, в 13 % случаев болели непривитые дети, в 17 % данные о вакцинации отсутствовали. Аналогичная картина наблюдалась и в 1963–1964 гг.»[941].

Безопасность ОПВ

Главная проблема живой полиовакцины оказалась связанной с высокой мутагенной способностью полиовирусов. В одном исследовании были изучены образцы 2-го и 3-го типа вакцинного вируса, полученные от заболевших вакциноассоциированным паралитическим полиомиелитом, и не было найдено ни одного полностью идентичного. Все они различались в последовательности нуклеотидов как минимум на одном участке, и число различий у многих превышало 100. Полученные образцы из нервной ткани пострадавших от прививки ОПВ были очень близки по своей структуре к исходным вакцинным вирусам, что позволило исследователям сделать такой вывод: требуется совсем немного генетических изменений, чтобы «безопасный» вирус вакцины восстановил свою исходную нейровирулентность (то есть способность поражать нервную ткань) [942]. Другими словами, вакцинный штамм полиовируса, призванный защищать от полиомиелита, сам, претерпев незначительные мутации, вызывал параличи, которые так и назвали – вакциноассоциированным паралитическим полиомиелитом (ВАПП или ВАП). При этом заболевают не только сами привитые, но и те, с кем они контактируют (большинство заболевающих ВАПП сегодня – не сами привитые, а контактировавшие с ними дети).

Ленинградские дети не были единственными в мартирологе ОПВ. В период с 11 по 20 мая 1960 г. 280 000 человек в Западном Берлине получили единичную дозу оральной полиовакцины «Ледерле-Кокс». Среди них было 54 000 детей дошкольного возраста, 193 000 школьников и 33 000 взрослых. До конца года было сообщено о 48 случаях полиомиелита, из них 25 случилось в течение 4 недель после прививки; несколько случаев закончились смертью. В период с 1961 по 1964 г. в США было использовано свыше 100 млн доз живой вакцины Сэбина, не считая еще большего количества вакцины Солка. В 1962 г. сообщили о вспышке полиомиелита в Калифорнии, Небраске и Северной Каролине среди привитых в неэндемичных по полиомиелиту районах. Из 87 случаев, представленных для изучения специальному совещательному комитету, созданному Службой общественного

здравоохранения, собиравшемуся в Центре инфекционных болезней в Атланте, 57 были признаны имеющими отношение к прививкам.

Критериев было несколько, но главный из них – начало болезни спустя 4–30 дней после прививки[943].

Таким образом, с самого начала 1960-х гг. и в Западной Европе, и в США были описаны случаи паралитического полиомиелита после прививок ОПВ. Продолжали они регистрироваться и далее. Например, в период с апреля 1982 по июнь 1983 г. в Индиане 4 ребенка в возрасте от 3 до 24 мес. пострадали от ОПВ. Симптомы у всех у них появились в течение 30 дней после того, как дети получили дозу ОПВ (у троих это была первая доза, у одного – четвертая) и прививку АКДС. У троих развился паралич той ноги, в которую делалась прививка АКДС, а у одного развилась смертельная мозговая атрофия. У двоих детей иммунная функция была совершенно нормальна (у них был выделен 3-й тип вируса вакцинного штамма), а у двоих имелись гипогаммаглобулинемия и сочетанный иммунодефицит (были выделены 1-й и 2-й типы соответственно). Как отметили авторы, в том году частота осложнений на ОПВ была 0,058 на 100 000 привитых – намного выше, чем предполагавшаяся 0,001[944]. Ответ на вопрос о том, знали ли что-либо об этих «предположениях» родители, позволившие делать детям эти прививки, напрашивается сам собой.

Опасность ВАПП признается во всей прививочной литературе. Оценки его разнятся. Так, риск ВАПП в Латинской Америке был расценен как 1 на 1,5–2,2 млн доз (1981–1991), в Англии и Уэльсе – 1 на 1,4 млн доз (1985–1991), 1 на 2,5 млн доз в США (1980–1989)[945]. Российские авторы указывают, что «при введении первой дозы ОПВ риск развития ВАП составляет 1 случай на 700 тыс. доз, при повторной дозе… 1 случай на 6,9 млн доз»[946]. Согласно данным Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ, публикуемым на его сайте, ежегодно 8–16 российских детей становятся жертвами ВАПП. Кроме того, эта статистика не включает в себя пострадавших от ВАПП, если они старше 14 лет, а также тех, у кого вирус полиомиелита не был обнаружен (обычно это бывает тогда, когда анализ делают через 2–3 недели после появления симптомов паралича), так что реальное количество пострадавших может быть заметно выше. Например, в статье украинских авторов сообщается: «За последние 6 лет (1998–2003) – период осуществления эпидемиологического надзора за

острыми вялыми параличами… в Украине был зарегистрирован 21 случай ВАПП, в том числе 13 случаев в 1999 и 2000 г. Можно предположить, что это число выше, если учесть, что большинство случаев ОВП встречается после приема оральной вакцины, но у части больных к моменту вирусологического обследования уже произошла элиминация вакцинородственного полиовируса из кишечника, что не позволило верифицировать их как ВАПП»[947]. Российские авторы пишут: «В РФ с 2000 по 2002 г. включительно зарегистрировано 40 случаев полиомиелита, при этом у большинства заболевших был ВАПП… Следует отметить, что при постановке диагноза «полиомиелит» у региональных комиссий возникали трудности. При наличии типичной клинической картины полиомиелита 15 больным были поставлены другие диагнозы… В одном случае правильный диагноз был поставлен только при вскрытии умершего больного…»[948].

Можно предположить, что в некоторых странах предпринимаются усилия, чтобы скрыть ВАПП за другими диагнозами, а в других отмечается рост ОВП, который трудно связать с чем-либо иным, кроме массовых прививочных кампаний. Например, в начале 1970-х гг. мир впервые услышал о «китайском паралитическом синдроме», подозрительно похожем на типичный полиомиелит. Хотя некоторые независимые исследователи считают, что речь несомненно идет о мутировавшем вакцинном штамме, больные неизменно получают диагноз этого загадочного «паралитического синдрома» или, в крайнем случае, синдрома Гийена-Барре (которого в 1970-х гг. в Китае почему-то стало в десять раз больше)[949]. В Финляндии было отмечено резкое увеличение количества случаев синдрома Гийена-Барре, который, как признали авторы исследования, может провоцироваться полиовакциной[950]. В Бразилии было зарегистрировано увеличение случаев синдрома Гийена-Барре, поперечного миелита и паралича лицевого нерва[951]. Российский специалист также признает, что прививочная ликвидация полиомиелита смотрится неправдоподобно гладко и беспроблемно: «…Заболеваемость острыми паретическими заболеваниями выросла в 4 раза – с 1,7 в 1971 г. до 7,2 в 1974 г… Болели дети в возрасте от 10 месяцев до 8 лет, при этом дети первых трех лет жизни, наиболее интенсивно вакцинируемые против полиомиелита, составили 83 % всех случаев… Болели

преимущественно многократно вакцинированные дети, не получали вакцину 3,4 % болевших, у 4,3 % сведения о прививках получить не удалось… Выявлены 35 случаев острых паретических заболеваний, которые возникли в сроки от 4 до 30 дня после очередного получения вакцины. Почти половина заболевших – дети 2-летнего возраста, имеющие 7–9 прививок… Клинически острые паретические заболевания не отличались от легко протекающего полиомиелита…»[952]. Или: «За 9 мес. 1997 г. в нашей стране зарегистрировано 2 случая полиомиелита. Но что смущает, это наличие 513 других паралитических синдромов и почти полное отсутствие вакциноассоциированных случаев (1–2 случая во время НДИ). В США с 1980 по 1994 г. при отсутствии полиомиелита было зарегистрировано 125 вакциноассоциированных случаев. Видимо, и полиомиелит, вызванный диким вирусом, и вакциноассоциированные случаи выявляются у нас далеко не полностью»[953]. Это точно…

Среди осложнений ОПВ описаны конвульсии. На 165 000 детей, трижды получивших с 1964 по 1974 г. прививку живой полиовакциной в Гамбурге, у 19 (1 случай на 8600 привитых) были конвульсии, у троих (1 случай на 55 000 привитых) они стали началом эпилепсии[954]. Описан острый диссеминированный энцефаломиелит (у пострадавшей 6-летней девочки был выделен мутировавший 2-й тип вакцинного вируса из спинномозговой жидкости и в мазке из горла)[955]. Израильские авторы описали двух пострадавших, которые заразились полиомиелитом от свежепривитых. Были отмечены тетрапарез, преходящий энцефалит и бульбарные симптомы[956].

Не уменьшающееся количество случаев ВАПП, связанных с применением вакцины Сэбина, заставило США отказаться от использования ОПВ как универсального средства профилактики. В 1996 г. Совещательный комитет по иммунизационной практике предложил первые три прививки делать убитой вакциной Солка и лишь третью и четвертую – вакциной Сэбина, а позднее использование ОПВ прекратилось в рамках национального прививочного календаря США полностью[957].

Проблема изменений прививочного календаря в пользу большего использования вакцины Солка связана с весьма ощутимыми финансовыми затратами. По самым скромным прикидкам, одна доза вакцины Солка стоит как минимум в три раза дороже дозы вакцины

Сэбина. Развивающиеся страны – особенно те, в которых уже не отмечаются случаи полиомиелита – не хотят больше платить и за ОПВ, не то что в несколько раз увеличивать свои расходы на полиовакцины, заменяя ОПВ на ИПВ, хотя и прекрасно известно, что ОПВ не должна применяться у инфицированных ВИЧ или членов их семей, которых в Африке становится все больше и больше. Есть сведения о том, что кампании по прививанию детей ОПВ в Уганде неизменно оставляли за собой немало детских трупов, однако угандийское правительство не только отказывалось даже рассматривать вопрос о замене поставляемой ВОЗ ОПВ на ИПВ, но и пыталось преследовать журналистов, пытавшихся разобраться в происходящем и предупредить публику (сообщено угандийским журналистом Кихура Никубой на Третьей конференции Национального центра информации о прививках, состоявшейся 7–9 ноября 2002 г. в Арлингтоне, Вирджиния). Мировое сообщество, обычно столь чувствительное к попираемым правам всяких бандитов и головорезов, спокойно взирало на борьбу угандийских родителей за жизнь своих детей, предоставляя местным властям самим, в лучших африканских традициях, разбираться с «отказниками», якобы ставящими под угрозу глобальный проект ликвидации полиомиелита во всем мире. В другом африканском государстве, Мали, одиннадцать отцов, отказавшихся прививать своих детей против полиомиелита, были недавно приговорены местным судом «за сопротивление властям, неповиновение и мятеж» к срокам до трех лет тюрьмы[958]. А ведь еще не так давно европейские родители, подобно нынешним угандийским и малийским, прячущим своих детей от прививок против полиомиелита, прятали детей от прививок против натуральной оспы, боролись с прививочным насилием, шли за свои убеждения в тюрьмы… Уже забыли?

Вероятнее всего, именно из соображений дешевизны и в России живая полиовакцина остается пока что единственной, входящей в календарь профилактических прививок. График ее применения частично совпадает с графиком применения АКДС (или АДСМ) – в 3, 4,5 и 18 месяцев. Кроме того, имеются прививки в 20 месяцев, 6 и 14 лет[959]. Таким образом, российский прививочный календарь предусматривает шесть прививок против полиомиелита – абсолютный рекорд. Это еще не считая Национальных дней иммунизации, периодических кампаний полиомиелитных «зачисток» и прививок по

доморощенным графикам прививания в некоторых регионах (так, новорожденным в Краснодарском крае, близком к Чечне, в течение 8–9 последних лет первая прививка делалась сразу после рождения, хотя никаких исследований совместимости ОПВ с БЦЖ и вакциной от гепатита В, разумеется, никогда не проводилось). И это в стране, где природный полиомиелит не регистрируется вот уже 8 лет, и которая 4 года назад была официально объявлена ВОЗ свободной от этой болезни? Почему-то вспоминается людоедская сталинская теория о том, что по мере продвижения к социализму сопротивление свергнутых классов возрастает. Чем меньше болезни, чем ближе планета к запланированному искоренению полиомиелита, тем больше прививок от него получают российские дети. Где логика? Консультации с российскими педиатрами позволили выяснить, что отнюдь не редкими были случаи, когда во второй половине 1990-х гг. дети получали *по 9–11 прививок от полиомиелита!*[960]

Особого разговора заслуживает совмещение прививки АКДС и прививки от полиомиелита. Зная из истории полиомиелита, что любые уколы, а прививка АКДС в особенности, являются несомненным провоцирующим фактором для различных параличей, такое соседство в прививочном графике не может не вызвать, мягко выражаясь, изумления. Достаточно часто можно услышать от родителей, что после прививок АКДС и ОПВ ранее ходившие дети перестают ходить и иногда даже сидеть, жалуются на боли в ногах; появляются онемение, тугоподвижность и другие симптомы, свидетельствующие о поражении нервной системы. Разумеется, под диагноз ВАПП такие дети не подпадают, и вообще для отвода любых подозрений от прививок пострадавшие сразу же получают диагноз какой-нибудь «наслоившейся» фибромиалгии или «совпавшего» с прививкой миозита, но несомненного вреда, наносимого комбинацией ОПВ+АКДС, это не отменяет. Примечательно, что сотрудники Института полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР еще в 1978 г. обращались в Комитет вакцин и сывороток с предложением прекратить совмещение АКДС и живой полиовакцины (ЖПВМ). Обоснование в письме от 15 мая 1978 г. было следующим: «В связи с тем, что при иммунизации АКДС-вакциной повышение температуры тела всегда отмечается у определенного процента привитых, при одновременном введении АКДС и ЖПВМ будут создаваться более

благоприятные условия для изменчивости вакцинного полиовируса, чем при введении одной трехвалентной полиомиелитной вакцины без АКДС. Таким образом, допущение одновременного введения АКДС и ЖПВМ можно рассматривать не иначе как стремление увеличить вероятность изменчивости полиовируса… В Институте полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН не проводилось исследований по вопросу о влиянии одновременной иммунизации АКДС и ЖПВМ на закономерности выработки иммунитета к трем типам полиовируса, а также не имеется данных об иммуногенезе в условиях нормальной или повышенной температуры. Институт *не располагает также сведениями о степени риска применения ЖПВМ при одновременной иммунизации АКДС-вакциной различной реактогенности и ЖПВМ.* Институту известны лишь факты *о случаях возникновения тяжелых заболеваний паралитическими формами у одновременно привитых АКДС и ЖПВМ… Все вышеизложенное убеждает в нецелесообразности совмещения двух первых прививок ЖПВМ с АКДС-вакциной»*[961]. Мы видим, что неизменно повторяется одна и та же прививочная сага вседозволенности и бесконтрольности: без каких-либо научных данных в пользу безопасности совмещения двух прививок, каждая из которых несет в себе немалый потенциал вреда, это совмещение легко и без обсуждений со специалистами приобретает законную силу и губит здоровье детей. Судя по тому, что за 28 лет ничего не изменилось, это письмо заслужило не больше внимания, чем призывы других советских специалистов избавиться от мертиолята в вакцинах, о чем я говорил раньше.

Беспокойство должен вызывать тот факт, что привитый живой полиовакциной в течение долгого времени продолжает выделять прививочные вирусы, которые размножаются в его кишечнике. Указываемый практически во всех прививочных руководствах срок в 2 мес, после чего образующиеся антитела должны-де подавить этот процесс, – типичная «средняя температура по больнице» и может не иметь никакого отношения к действительности. Специалисты знают, что у страдающих заболеваниями иммунной системы (а многим ли детям в наше время удается избежать аллергий, дерматитов и астмы?) экскреция прививочных вирусов может продолжаться даже годами… По сообщению Фила Майнера, главы вирусологического отделения британского Национального института контроля и биологических

стандартов, им известно об одном человеке из Бирмингема, у которого выделение вирусов продолжается уже много лет. Выделяемые вирусы продолжают не только циркулировать – что так нравилось Сэбину и его последователям, – но, как и было указано выше, мутировать. В 2000 г. на Испаньоле, острове в Карибском море, была зарегистрирована вспышка ОВП. Сначала предполагалось, что причиной этому было отравление пестицидами, но потом выяснилось, что это была вспышка самого настоящего полиомиелита и вызвал ее мутировавший прививочный полиовирус. Двое детей скончались, девятнадцать были парализованы. В 2001 г. такая же вспышка случилась на Филиппинах. Ученые считают, что мутация такого рода ответственна и за вспышку полиомиелита в Египте в 1988 г. Таким образом, на смену циркуляции штаммов вируса «дикого» полиомиелита пришла циркуляция прививочных штаммов, охотно мутирующих и превращающихся в ничуть не менее опасные, и никто пока не может сказать, каковы будут отсроченные последствия такой замены одних вирусов на другие.

Эффективность ОПВ

Вакцина Сэбина, как и другие вакцины, считается высокоэффективной на основании наблюдающейся после ее введения сероконверсии (увеличения количества антител)[962]. Циркуляция диких штаммов на фоне массового применения ОПВ резко снизилась, а во многих местах, по утверждению эпидемиологов, не регистрируется вообще. Однако некоторые факты и исследования, особенно касающиеся развивающихся стран, вызывают определенные сомнения в том, что касается разрекламированной эффективности живой полиовакцины.

Вообще опыт использования вакцин в странах третьего мира, похоже, не слишком благоприятен для вывода в пользу эффективности прививок в целом, не говоря уже об их безопасности. Легко и приятно сообщать об успехах вакцинации в развитых странах, где заболеваемость, вероятнее всего, снижалась бы теми же самыми темпами (а может, и еще быстрее) безо всяких прививок. Когда же дело доходит до развивающихся стран, в которых веками ничего не меняется в жизненном укладе людей, а уровень санитарии и гигиены во второй половине XX в. остается таким же, каким он был и сто, и двести лет назад, то выясняется, что одних прививок мало – надо еще чтобы и дети нормально питались, и чтобы вода была свежей, и чтобы существовала канализация и пр. В главе о кори я уже говорил о весьма скромных успехах коревой вакцины на Африканском континенте, а из главы о туберкулезе читатели узнают о том позоре, которым закончилось испытание вакцины БЦЖ в Индии. Обращаясь к Индии, можно упомянуть еще несколько фактов относительно того, какое влияние полиовакцины оказали на заболеваемость полиомиелитом в этой стране. ОПВ была введена в массовое использование в Индии в 1979 г. в рамках Национальной иммунизационной программы. Посмотрим на статистику. Заболеваемость полиомиелитом в том году равнялась 20 000. Через два года массовых прививок она повысилась до 38 000. В 1986 г. (7 лет прививок позади…) она наконец достигла допрививочного уровня в 20 000 пострадавших, но ненадолго. Уже в следующем 1987 г. (а прививки все продолжались…) заболевших стало 28 000. И лишь в 1989 г., через 10 лет после начала прививочной

кампании, число заболевших впервые стало меньше числа 1979 г. В 1991 г., при «охвате» тремя дозами ОПВ около 80 % индийских младенцев, было зарегистрировано 5669 случаев[963]. Автор статьи, анализирующей эти данные, пишет, что если бы эффективность ОПВ равнялась всего 10 %, как утверждают некоторые критики, то из расчета примерной частоты 7 случаев на 100 000 населения в Индии в 1991 г., с населением в 840 млн, должно было быть зафиксировано 60 000 случаев. Своими собственными подсчетами автор статьи приходит к выводу об эффективности вакцины в 70–93 % и считает, что высокая заболеваемость полиомиелитом несмотря на прививочный «охват» сохранялась из-за все же недостаточного количества прививаемых младенцев. Думаю, что это рассуждение вряд ли может быть признано безупречным. Чтобы проецировать на 1991 г. или позднее расчеты, верные для 1979 г., автор должен был сначала доказать, что: 1) не произошло никаких изменений в санитарно-гигиеническом состоянии эндемичных по полиомиелиту районах Индии; 2) уровень информированности населения о полиомиелите и о возможности его избежать остался тем же самым; 3) остались все те же самые факторы риска (например, традиционно провоцирующие в Индии полиомиелит инъекции жаропонижающих лекарств маленьким детям) и, возможно, иные специфические для Индии факторы риска, о которых неизвестно.

Авторы другого исследования изучали заболеваемость полиомиелитом в столице Индии, Нью-Дели. Если заболеваемость в 1976 г. составляла 14,7 на 100 000 населения, то в 1988 г. она была равна 15,25. Заболеваемость полностью привитых возросла с 1,3 % в 1979 до 13,9 % в 1988 г. Авторы заключают свою статью: «Несмотря на десятилетие использования оральной полиовакцины, существенного изменения заболеваемости не произошло»[964]. Другой индийский авторский коллектив заявил, что массовые кампании по вакцинации детей ОПВ хотя и снизили заболеваемость паралитическим полиомиелитом в целом, но так и не изменили ее возрастного распределения (как и в допрививочную эру, около 90 % случаев приходилось на детей в возрасте до 5 лет), и что никакие кардинальные изменения в возрастном распределении невозможны до тех пор, пока не произойдет изменений в санитарно-гигиенической обстановке[965]. Половина (17 из 34) заболевших паралитическим полиомиелитом во

время вспышки последнего в Иордании в 1991–1992 гг. ранее получили 3 и более доз ОПВ[966]. Высокий прививочный «охват» не защитил детей в Омане ни от заболевания, ни от передачи вируса другим в 1988–1989 гг.[967]

Открытым остается вопрос и о длительности иммунитета. В который уже раз мне приходится говорить о том, что все утверждения о «пожизненном» или хотя бы «на десятки лет» прививочном иммунитете имеют основание только при условии периодического контакта с возбудителем, обеспечивающим необходимые для выработки антител иммунные «толчки». Когда же возбудителя становится меньше или он вообще исчезает из окружающей среды, то никто не может сказать, какова же продолжительность иммунитета. Хорошей иллюстрацией этого факта применительно к полиомиелиту может рассматриваться исследование, проведенное в Сиднее. Последний случай «местного» полиомиелита был зарегистрирован в Новом Южном Уэльсе в 1970 г., и считалось, что дети, «охваченные» программой иммунизации против полиомиелита, располагают высоким уровнем защиты. Выяснилось, однако, что от всех трех типов вируса полиомиелита защищены (по прививочным меркам) лишь 42 % обследованных детей, от двух – 30 %, от одного – 16 %. Оставшиеся 12 % не имели иммунитета *ни к одному типу* вируса. При этом 48 % детей получили в прошлом 4 и более доз ОПВ. Однако и после того, как все дети немедленно получили дополнительную дозу вакцины Сэбина, серологические анализы обнаружили антитела в «защитном» титре ко всем трем видам вируса лишь у 77 %[968]. Можно с уверенностью предположить, что среди ныне числящихся в защищенных (лишь на том основании, что они когда-то получили прививки) детей и подростков немалая часть не имеет иммунитета ни к одному из серотипов «дикого» полиовируса, а подавляющее большинство детей – к определенным серотипам. Российские авторы сообщают: «Считалось, что иммунитет после вакцинации оральной полиомиелитной вакциной… сохраняется пожизненно… Первые же массовые обследования взрослого населения опровергли эту точку зрения. Обследование более 1000 доноров Москвы выявило очень низкие показатели коллективного иммунитета. Антитела к полиовирусам 1, 2 и 3 типов имели соответственно 47,3, 55,4 и 76,4 % обследованных. Особую тревогу вызывает состояние коллективного иммунитета у женщин детородного возраста, среди

которых только 29,5 % имели антитела ко всем 3 типам вируса»[969]. На чем базировалась уверенность в том, что иммунитет сохраняется пожизненно, кроме умозрительных теорий и страстного желания верить в то, во что так хочется верить, авторы не объясняют.

Анализируя полученные сведения, вряд ли можно сомневаться, что при благоприятных условиях полиомиелит легко сможет найти для себя восприимчивый контингент. Сегодня уже обсуждается вопрос о том, что необходимо *еще более увеличить* количество прививок ОПВ, чтобы гарантировать населению лучший иммунитет. То есть шесть прививок по графику и дополнительно к ним неограниченное количество полиовакцинаций в ходе полиомиелитных «зачисток» и Национальных дней иммунизации достаточными, похоже, не являются. Нужны еще и еще прививки (здесь в очередной раз вспоминаются процитированные д-ром Снигиревым апологеты прививок от оспы, забывающие о дарованной прививками невосприимчивости к болезни и требующие новых прививок каждый раз, когда возникает угроза очередной эпидемии; см. главу о натуральной оспе). Однако понятно, что увеличение количества прививок увеличит и количество постпрививочных осложнений – в том числе и таких, как ВАПП. Вопрос о долговременности иммунитета, гарантируемого ОПВ, в свете имеющихся данных не заслуживает даже серьезного обсуждения.

Другой важный вопрос: действительно ли привитые, как убеждают родителей, если и заболевают, то переносят заболевание намного легче непривитых? Например, вот что сообщают нам российские авторы: «Типичные тяжелые паралитические формы полиомиелита в настоящее время встречаются только у непривитых или неправильно привитых детей. Привитые дети также могут заразиться полиомиелитом, но у них инфекция протекает в виде легких парезов, заканчивающихся, как правило, полным выздоровлением»[970]. Об уникальности всепрощающей формулировки «неправильно привитый» я уже писал в главе о дифтерии. В какой-то степени ответом на вопрос могут служить данные первой половины 1960-х гг. по Украине, которые приводит в своей книге акад. Л. Громашевский: «…Полиомиелит… регистрировался как среди привитых, так и среди непривитых детей. Однако в последние 4 года большинство заболеваний протекало легко, с быстро проходящими парезами и полным восстановлением нарушенных функций, а подчас и без парезов. Можно отметить также

как правило более легкое течение инфекции среди привитых детей по сравнению с непривитыми. У привитых заболевших остаточные явления встречались реже (на 13 %), чем у непривитых. Но, несмотря на легкость течения полиомиелита у основной массы заболевших, встречались случаи необратимой инвалидности и даже смерти от паралича дыхательного центра, в том числе и у привитых детей. Эти тяжелые случаи инфекции, протекавшие с типичной для полиомиелита клиникой, иногда с лабораторным (вирусологическим или серологическим) подтверждением, представляли собой, безусловно, инфекцию полиомиелитной этиологии и не могли быть отнесены за счет параполиомиелитных вирусов Коксаки или ЕСНО. По данным 18 областей Украины, в 1961 г. у 9 % переболевших (44 ребенка) наблюдались остаточные явления, чаще всего в виде нарушения движений нижних конечностей. За период 1962–1963 гг. остаточные явления наблюдались у 15 % перенесших полиомиелит. Хотя процент остаточных явлений для полиомиелита был невелик, чему, вероятно, способствовало проведение профилактических прививок, однако полностью предотвратить с их помощью развитие паралитических форм болезни не удалось. Летальность от полиомиелита в 1960 г. на Украине составляла 2 %. При этом среди умерших были не только непривитые, но и дети, получившие полный курс вакцинации с ревакцинацией. Так, среди 25 умерших 4 ребенка получили полный курс вакцинации, у 5 вакцинация не была окончена, 10 не были привиты и у 6 больных данные о вакцинации отсутствовали. В 1961 г. по Украине также были зарегистрированы случаи смерти от полиомиелита. Летальность в 1961 г. составляла 2 %, как и в 1960 г. Из 9 умерших в 1961 г. от полиомиелита детей 7 получили полный курс вакцинации. Диагноз полиомиелита у 7 больных установлен в областных специализированных клиниках, и, следовательно, сомневаться в его правильности нет никаких оснований. У 2 больных имелось патологоанатомическое подтверждение диагноза»[971]. Как мы видим, идея прививочной защиты и большей легкости болезни акад.

Громашевскому близка и им разделяема, но упрямые цифры свидетельствуют о том, что ни болезнь, ни самые тяжелые ее осложнения, в том числе и приводящие к смерти, отнюдь не миновали и «защищенных» прививками. Учитывая, что почти все остававшиеся непривитыми дети в советские времена, да еще в периоды массовых

прививочных кампаний, не получали прививки по причине медотводов из-за тяжелых болезней, сравнение заболеваемости и смертности привитых и непривитых вряд ли указывает на высокую эффективность ОПВ.

Возьмем теперь пример Индии. Сравнение было сделано среди 614 маленьких пациентов, поступивших в Институт здоровья ребенка в Мадрасе. Из них 162 (26,4 %) были привиты, 183 (29,8 %) были частично привиты и 269 (43,8 %) не были привиты. Авторы отмечают, что «непривитости» детей намного чаще сопутствовали скверные санитарно-гигиенические условия проживания, низкое качество воды и родительская неграмотность, нежели «привитости». Согласно выводу авторов исследования, *никакой разницы в симптомах, клинических вариантах течения болезни, тяжести паралича и смертности привитых, частично привитых и непривитых обнаружено не* было[972]. И другое исследование, также проведенное в Индии, показало не слишком оптимистичные результаты. Был обследован 191 ребенок; 143 (74,9 %) были непривиты, а 48 (25,1 %) были привиты частично. У 155 (81,2 %) была диагностирована спинальная форма полиомиелита, у 23 (12,01 %) – бульбоспинальная, и у 13 (6,8 %) – бульбарная. Частота тяжелых форм (бульбоспинальных и бульбарных) оказалась заметно выше среди частично привитых, нежели чем среди непривитых, а смертность частично привитых оказалась в два раза выше. Авторы предположили, что худшие показатели по тяжести течения и смертности среди частично привитых могут объясняться какими-то до сих пор неизученными свойствами ОПВ[973].

С июля 1995 по декабрь 1996 г. были исследованы 3185 образцов кала здоровых детей в возрасте от 6 до 59 месяцев, посещающих поликлиники в Антананариву (Мадагаскар). В полном соответствии с расширенной программой иммунизации, 99,4 % из них получили *как минимум* 3 дозы оральной полиовакцины. В 192 образцах (6 %) были обнаружены вирусы, из них в 9 (0,3 %) – полиовирусы и в 182 (5,7 %) – другие энтеровирусы. Среди обнаруженных полиовирусов 4 оказались «дикими», а 5 – вакцинными (различными модификациями вакцины Сэбина). Все дети получили последнюю дозу ОПВ более чем за месяц до анализов. Авторы заключили, что вакцинация тремя дозами ОПВ не предотвращает циркуляцию вирусов «дикого» полиомиелита[974]. В Намибии в период с 8 ноября 1993 г. по 7 января 1994 г. были

зарегистрированы 27 случаев паралитического полиомиелита. По меньшей мере 80 % младенцев в том районе, где произошла вспышка, получали 4 дозы полиовакцины до возраста 12 месяцев. Возраст заболевших колебался от 13 месяцев до 12 лет; 24 были в возрасте до 5 лет. Относительно 26 заболевших были получены сведения о сделанных прививках: 14 получили 4 дозы ОПВ, 6–1 или 2 дозы и 6 не получали прививок вообще. Авторы предположили, что причинами вспышки были образование пула восприимчивых к инфекции людей, быстрая урбанизация, неудовлетворительные санитария и водоснабжение и эндемичность вируса в соседних районах, а также то, что «эпидемии могут случаться и в районах с высоким прививочным «охватом»[975].

На Украине в течение 13 лет (1982–1994) изучались циркулирующие штаммы полиовируса, выделенные у больных (в т. ч. больных полиомиелитом) и у здоровых, а также в пробах, полученных из сточных вод. Итог: 38,35 % штаммов, полученных от людей, и 15,8 % штаммов, полученных из окружающей среды, обладали вирулентными свойствами. Многолетнее использование живой полиовакцины не предотвратило циркуляции вирулентных полиовирусов[976].

Очень часто в российских СМИ упоминается эпидемия полиомиелита в Чечне как пример необходимости прививок. Однако внимательный анализ показывает, что и здесь далеко не все так просто и однозначно. Как следует из статьи коллектива российских авторов, с января по октябрь 1995 г. заболело 138 детей (все – в возрасте до 7 лет). Из них 11 *были привиты в полном соответствии с прививочным календарем,* 18 не были привиты по возрасту, 5 – по медпоказаниям, и родители двоих отказались от прививок. «У остальных детей сведения о прививках отсутствовали или они не были привиты по вине медработников». Отсутствие сведений, однако, не является синонимом отсутствию самих прививок; это лишь означает, что не было документов о сделанных прививках. На деле весьма вероятно, что еще несколько десятков были привиты полностью, и еще несколько – по меньшей мере частично. «Летальность была высокой и составила 4,5 %. Одной из причин такой летальности является, в силу понятных социальных условий и сложившейся чрезвычайной обстановки, поздняя обращаемость и поздняя госпитализация заболевших». Вывод

авторов: «Резкое ухудшение условий проживания, массовые миграции населения на фоне низкой иммунной прослойки среди детского населения явились причиной широкого территориального распространения инфекции»[977]. К сожалению, информацию о самом главном провоцирующем факторе наших дней – прививках, в первую очередь прививке АКДС, – в доступных мне публикациях обнаружить не удалось.

Напрашивается вопрос: а если, скажем, условия бы не ухудшились резко – или даже резко ухудшились, но не было бы массовых миграций – вероятно, ничего бы особенного не случилось и «на фоне низкой иммунной прослойки среди детского населения»? И если это так, то в чем необходимость тотальных – с угрозами и запугиванием родителей и детей – прививок против полиомиелита? Или они делаются, как поется в популярной песне, в «предчувствии гражданской войны» с ее неизбежными массовыми миграциями и резким ухудшением условий проживания? Из другой статьи, кстати, выясняется, что в Чечне и раньше были и вспышки полиомиелита (например, в 1982 г.), и спорадические случаи (1987 – 3, 1991 – 2, 1994 – 5)[978].

После вспышки полиомиелита в Чечне в 1995 г., в России началась массовая кампания по срочному дополнительному прививанию всех детей от полиомиелита. «При этом были организованы и проведены национальные дни иммунизации детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет против полиомиелита дважды – в марте и апреле 1996 г., в апреле-мае 1997 г., в марте-апреле 1998 г. и в эти же сроки в 1999 г. Массовая вакцинация в марте 1996 г. позволила охватить 97 % детей упомянутого возраста (уровень, который рекомендует ВОЗ). Последующие Дни иммунизации позволили охватить более 98 % детей»[979]. Детям, как всегда, пришлось платить своим здоровьем за рвение и алчность российских вакцинаторов и «уровень, который рекомендует ВОЗ».

Даже вполне благожелательно настроенная к прививкам московский педиатр не могла пройти мимо этой, говоря словами Герберта Шелтона, прививочной вакханалии, хотя и пыталась облечь свое естественное негодование в деликатную форму: «Особое сомнение вызывают «туровые» прививки против полиомиелита для детей раннего возраста, которые получили распространение в последние несколько лет. Врачам и родителям обычно объясняют, что необходимость этих дополнительных прививок связана со вспышкой полиомиелита в

далеких от Москвы областях, например, в Чечне. Однако мне, как практикующему врачу, ничего не известно об изменении ситуации с полиомиелитом в Москве. Даже если привозили к нам для лечения заболевших полиомиелитом детей из других областей, то, видимо, не было никаких нарушений санитарно-эпидемиологических правил перевозок таких больных. Иначе неминуема была бы вспышка среди населения в Москве как взрослого, так и детского. Чем же объяснить такие настойчивые призывы к «туровым прививкам» детей раннего возраста, уже получивших ранее обычную вакцинацию против полиомиелита? Может, наша вакцина была недостаточно эффективной? Тогда почему же в течение почти двух десятилетий в Москве не было эпидемии полиомиелита? Мы всегда считали нашу вакцину достаточно эффективной, надежной. Мне довелось прочитать инструкцию к проведению «туровых прививок». В этой инструкции написано, что при «туровой» прививке применяется обычная вакцина, ничем не отличающаяся от «нетуровой». Различие только в одном: в новой инструкции почти полностью исключены те предосторожности, которые были записаны в инструкции к проведению обычной противополиомиелитной прививки. Можно, оказывается, прививать всех детей даже на фоне острого заболевания (если температура не превышает 38 градусов) или сразу после него. Ни диатез, ни атопический дерматит, ни несварение кишечника, ни инфекционные заболевания не являются противопоказаниями для «туровой» прививки. Почему отменены все противопоказания? Иногда врачи из поликлиник объясняют это тем, что вакцинация очень «слабая». Тогда зачем же принуждать родителей делать такие прививки всеми методами, вплоть до угроз лишить питания из детской кухни, или запугивать людей, грозя непременным заболеванием их ребенка в условиях тотальной вакцинации? Ведь получается, что если в семье есть ребенок старше трех лет, то он в любом случае непременно заболеет. А старших не прививают. Как же так? Наблюдения в течение последних двух лет за детьми, прошедшими «туровую» вакцинацию, свидетельствуют о нередких осложнениях после нее, часто достаточно тяжелых. Речь идет не о вакциноассоциированном полиомиелите, а о том, что игнорирование всех ранее соблюдавшихся противопоказаний (когда ребенка прививают на фоне острого и/или инфекционного заболевания, неврологической или другой патологии) приводит к тому, что у ребенка,

и без того ослабленного, еще больше снижается иммунитет, что позволяет развиться любому другому тяжелому заболеванию»[980].

Именно об этом я писал в главе «Прививки: основные проблемы». В погоне за коллективным иммунитетом, теория которого идеально соответствует цели реализовать как можно больше вакцин и хорошо на этом заработать, прививать необходимо часто, массово, без разбора, без учета противопоказаний, не считаясь с желанием родителей и детей. Широко использовалась и пропаганда: «…В период подготовки к прививочной кампании большое внимание было уделено рекламированию преимуществ отечественной вакцины против полиомиелита, ее безвредности *и практически полному отсутствию противопоказаний…* В ходе информационной подготовки населения использовался принцип нарастания интенсивности информационного воздействия. Начатая за 2 мес. (до Национальных дней иммунизации в марте-апреле 1996 г. – *А. К.*) информационная кампания постепенно наращивала темпы и оказывала наиболее массированное воздействие в последнюю неделю. Обращение к разуму телезрителей и радиослушателей сопровождалось влиянием на их эмоциональную сферу. Так, рекламные ролики очень удачно сочетали элементы угрозы и повышения настороженности к возможности заражения с указанием пути выхода из ситуации…»[981] (выделено мной. – *А. К.*). Ничего не скажешь – настоящий научный подход, поставленный на службу производителям и распространителям вакцин, прикрывающихся интересами государства. Хотелось бы, чтобы рано или поздно был получен ответ на вопрос, не является ли следствием многочисленных кампаний 1992–1997 гг. по тотальному прививанию от дифтерии и полиомиелита российских детей, в том числе и с несомненными противопоказаниями, рост тяжелой неинфекционной заболеваемости: «За 5 лет (1995–1999) заболеваемость раком среди детей увеличилась на 32,5 %. Число первичных случаев заболеваний эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета за этот же период выросло с 306 тыс. до 388 тыс. случаев. Увеличивается заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов, особенно *анемиями,* уровень которых за 5 лет вырос на 32,3 %, с 6,41 в 1995 г. до 9,45 на 1000 человек детского населения в 1999 г. На 75,9 % увеличилась за 5 лет заболеваемость *бронхиальной астмой*»[982].

В свете всего написанного в этой главе о полиомиелите и прививках против него я думаю, что читатели вполне согласятся с высказыванием проф. Р. Мендельсона: «…Между иммунологами продолжаются дебаты по поводу относительного риска использования убитых вирусов в сравнении с живыми. Поддерживающие использование вакцин на основе убитых вирусов утверждают, что именно наличие живых вирусов ответственно за случаи полиомиелита. Те же, кто поддерживает использование вакцин на основе живых вирусов, заявляют, что убитые вирусы не обеспечивают достаточной защиты и, в сущности, увеличивают подверженность заболеванию привитых. Это предоставляет мне редкую и удобную возможность быть нейтральным. Я считаю, что правы обе стороны, и использование и той, и другой вакцины увеличивает, а не уменьшает, вероятность заражения вашего ребенка полиомиелитом. Короче, выходит, что наиболее эффективный путь защитить вашего ребенка от полиомиелита – проследить, чтобы ему не сделали прививку против него!»[983].

Выводы

• Полиомиелит – заболевание, лишь очень редко приводящее к серьезным клиническим проявлениям (у 0,1–1% инфицированных). Эпидемические масштабы полиомиелит приобрел только в конце XIX в. – вероятно, как следствие увеличения количества провоцирующих факторов, первый среди которых – прививки.

Снижение заболеваемости полиомиелитом, которое приписывается прививкам, было достигнуто за счет изменения диагностических критериев. Кроме того, в конце 1950-х гг. выяснилось, что большое количество острых вялых параличей вызывалось другими кишечными вирусами (вирусами Коксаки и ЕСНО-вирусами).

На смену циркулировавшим штаммам «дикого» вируса пришли штаммы прививочных вирусов, способные мутировать в вирулентные формы. Несколько вспышек полиомиелита были вызваны такими мутировавшими вирусами.

В настоящее время единственная возможность в цивилизованных странах пострадать от паралича, связанного с полиомиелитом, – получить прививку живой полиовакциной. Замена живой полиовакцины на инактивированную задерживается в ряде стран экономическими причинами.

Гомеопатические и натуропатические методы лечения и реабилитации показали себя вполне эффективными.

Столбняк

Столбняк – одно из тех заболеваний, мысль о котором вызывает наибольшую тревогу у родителей, особенно молодых, которые боятся даже дышать на ребенка и которым повсюду мерещатся ужасные микробы, только и думающие о том, как бы напасть на дорогую крошку. Эти естественные страхи охотно раздуваются производителями и распространителями вакцин, которые видят в них главного союзника в своем бизнесе. И хотя я далек от мысли преуменьшать опасность этой несомненно тяжелой болезни, вопрос о том, оправдывает ли частота этой болезни риск прививки, не должен быть обойден стороной в этой книге.

Болезнь

Как и в случае коклюша и дифтерии, ответственным за развитие болезни является не сам микроорганизм (в случае столбняка это бактерия *Clostridia tetani,* называемая столбнячная палочка), а его токсин (тетаноспазмин). Возбудители столбняка обнаруживаются в почве, а также в пищеварительном тракте людей и животных, не причиняя им своим присутствием ни малейшего вреда. В прошлом столбняк традиционно считался болезнью деревень и фермерских хозяйств, где была выше вероятность как получения травмы, так и ее последующего инфицирования (помимо всего прочего следует учесть и постоянный контакт с унавоживаемой почвой). С появлением механизации и, соответственно, со снижением доли ручного труда в сельском хозяйстве заболеваемость столбняком начала быстро снижаться.

Свою лепту – как же без этого! – в статистику заболеваемости столбняком вносили и прививки. В книге «Вред вакцин и сывороток» (1960) ее автор, знаменитый доктор Герберт М. Шелтон (1895–1985), больше известный читателям как создатель оригинальной системы питания, ссылается на знаменитого канадского врача, сэра Вильяма Ослера (1849–1919), написавшего в своем классическом руководстве «Принципы и практика медицины» (1882), что столбняк – заболевание, передаваемое при прививках (нет сомнений, что Ослеру было известно о немалом количестве случаев такого рода). Кроме того, Шелтон цитирует письмо главного хирурга США Хью Каммингса сенатору Роберту Ф. Вагнеру от 9 августа 1929 г. Согласно этому письму, число *только официально зарегистрированных смертей* от постпрививочного столбняка равнялось в США: в 1925 г. – 29, 1926 – 15, 1927 – 17 и 1929 – 1. Практически все случаи выпадали на сентябрь, когда дети шли в школу и, по словам д-ра Шелтона, начиналась прививочная вакханалия, поэтому последний год, в который сентябрь еще не попал, и был представлен всего одним случаем. Герберт Шелтон также упоминает публикацию в «Нью-Йорк ивнинг график» в начале 1925 г. о двух случаях смертей от столбняка и о немалом числе людей, пострадавших от прививок в Бостоне, после чего всем бостонским медикам было строго-настрого запрещено распускать языки[984]. Автор советской

монографии по столбняку сообщал: «Столбняк привлек к себе внимание в 1902 г. после скандальной истории: от него умерло 19 из 107 человек, привитых чумной вакциной, обсемененной столбнячной палочкой»[985]. Когда мы говорим о сотнях убитых и искалеченных постпрививочными энцефалитами, вспоминаем ли мы о тысячах пострадавших от других причин, также непосредственно связанных с прививанием? И все они также были «неизбежными жертвами» ради общественного блага?!

О редкости заболевания может свидетельствовать хотя бы тот факт, что во время Второй мировой войны среди десятков тысяч раненых солдат союзников оказалось лишь очень немного пострадавших от столбняка. В американской армии заболевших была дюжина, из которых шестеро получили всю серию прививок от столбняка и один солдат – лишь одну прививку. Умерли трое из семи привитых и двое из пяти непривитых[986]. У англичан заболело 22 военнослужащих, половина из них скончалась – все умершие были частично привиты[987].

Сегодня столбняк встречается главным образом у наркоманов, использующих наркотики для внутривенного введения[988], у пострадавших от тяжелых ожогов, у онкологических больных и у пожилых людей (например, в США и Европе люди старше 50 лет составляют 70 % заболевших и 80 % умерших)[989]. Согласно подсчетам, сделанным одним исследователем в 1969 г., шанс заразиться столбняком в развитой стране имеет 1 из 300 000 человек[990] – очевидно, с того времени риск снизился еще более. В Канаде в последнее время регистрируется от 2 до 7 случаев столбняка ежегодно, причем смертельных исходов не было с 1991 г., а в США – 41–64 случая в год с 9–23 смертельными исходами[991]. В Англии и Уэльсе за семнадцать лет (1984–2000 гг.) было сообщено о 175 случаях (1 заболевший на 5 млн населения в год)[992]. В Российской Федерации в 2000–2003 гг. ежегодно регистрировалось от 31 до 42 случаев столбняка[993]. Согласно официальным данным, заболеваемость столбняком в России снизилась с 759 человек в 1960 г., когда было начато прививание, до 430 в 1966 г. и далее постепенно уменьшалась до стабильных 30–90 в 1990-х гг.[994] Смотрится статистика вполне убедительно, и вроде бы подтверждает вывод о том, что «применение вакцинопрофилактики, начиная с 1960 г., привело к радикальному изменению эпидемиологии столбняка. Заболеваемость столбняком в

России резко снизилась»[995]. Однако возникает ряд вопросов. Согласно другому источнику, «в бывшем СССР массовая иммунизация против столбняка среди детей началась в 1950-е годы, а с 1961 г. проводится плановая вакцинация взрослого населения»[996]. Это уточнение заставляет усомниться в достоверности графика, приводимого в книге В. Учайкина и О. Шамшевой. В 1950-х гг., также представленных на графике, когда, согласно Н. Медуницыну, проводилась «массовая иммунизация… детей», заболеваемость столбняком была на стабильном уровне около 800–900 случаев в год с непонятным скачком до 1043 случаев в 1955 г.[997] Таким образом, вакцинации в 1950-х гг. практически никак на заболеваемость столбняком не влияли. Это может быть объяснено либо тем, что дети представляли ничтожный контингент из числа заболевавших столбняком, а потому и прививки им никак не могли повлиять на заболеваемость по республике, либо тем, что прививки попросту были неэффективны. Какое бы предположение ни оказалось правильным, все равно остается непонятным, каким образом всего лишь за пять лет в первой половине 1960-х гг. удалось добиться двукратного снижения заболеваемости, при том, что в следующие 25–30 лет она снизилась всего в 5 раз. Может быть, были какие-то факторы, не имеющие никакого отношения к прививкам? Кроме того, поскольку учет столбняка был начат лишь в 1950 г., невозможно сделать заключение о динамике заболеваемости до того – вполне вероятно, что в течение предшествующих этой дате 30–40 лет она также неуклонно снижалась.

На мысль об этом наводит, например, анализ представленных в книге д-ра Голдена таблиц по смертности от столбняка в Англии и Уэльсе, в США, а также в Австралии, на которых можно видеть тенденцию неуклонного снижения смертности от столбняка в допрививочный период[998] (хотя смертность и заболеваемость могут быть непосредственно не связаны друг с другом). Еще одно совершенно логичное «непрививочное» объяснение снижения заболеваемости столбняком во второй половине XX в. – стремительное уменьшение количества того российского населения, которое всегда давало наибольшее количество случаев этой болезни (живущего в деревнях и занятого преимущественно в сельском хозяйстве), а также механизация и сокращение доли ручного труда. Два австралийских врача, сторонники прививок, писали: «Спад столбняка начался до того,

как столбнячный токсоид стал доступен для широкой публики. Это произошло благодаря изменениям в гигиене и санитарии, улучшению питания, использованию антибиотиков и антисептики… должной обработке ран и переходу большинства австралийцев от сельской к городской жизни… Следует помнить о необходимости избегать гипериммунизации со всеми ее побочными эффектами»[999]. Примеры развитых стран подтверждают, что заболеваемость и смертность, связанные со столбняком, зависят от социально-экономических условий: «Никаких массовых прививок населения против столбняка в Канаде в течение 1921–1948 гг. не проводилось… Быстрое развитие экономики, механизация сельского хозяйства, изменение материально-бытовых условий и культуры населения были основными факторами, сыгравшими роль в постоянном уменьшении заболеваемости и смертности, которые с 1921 по 1975 г. снизились с 0,6 до 0,01 на 100 000 жителей, т. е. в 60 раз. Этот процесс происходил постепенно, в два этапа. Первый этап имел место до применения иммунизации населения столбнячным анатоксином (1921–1948), а второй наступил после широкого внедрения в практику активной иммунизации детей (1948–1971). На первом этапе за 26 лет (1923–1948) число умерших от столбняка уменьшилось с 60 до 13, а смертность снизилась с 0,66 до 0,10, т. е. в 6,6 раза. На втором этапе произошло дальнейшее снижение смертности: с 0,10 (1948) до 0,01 (1975), т. е. в 10 раз»[1000]. Или: «До 1956 г. в Австрии снижение смертности от столбняка происходило за счет улучшения социально-бытовых условий, так как до этого население столбнячным анатоксином не иммунизировали. В дальнейшем благодаря проведению активной иммунизации смертность от столбняка снизилась с 0,5 (1971) до 0,1 (1975)»[1001]. Последняя фраза выглядит довольно забавной, хотя очень точно отражает извращенную прививочную логику. Когда прививок нет, то заболеваемость и смертность снижаются по естественным причинам (улучшение санитарии и гигиены и условий труда, питания, медицинского обслуживания, грамотности населения). Но как только появляются прививки, все ранее присутствовавшие естественные причины снижения куда-то чудесным образом немедленно улетучиваются, и благодарить теперь следует исключительно вакцины!

Вопрос относительно естественного иммунитета к столбняку, похоже, остается открытым. Клостридии живут в кишечнике человека и

постоянно выделяют некоторое количество токсина, иммунизирующего хозяина. Если «титры «естественных антител» крайне низки и резистентность, связанная с ними, не имеет существенного значения в эпидемиологии столбняка»[1002], то возникает вопрос: на чем же была основана резистентность к столбняку во время всего «допрививочного» периода? Ведь эта болезнь традиционно считалась сравнительно редкой у взрослых, даже среди крестьян, хотя человек с незапамятных времен постоянно был в контакте с экзогенными клостридиями, инфицировавшими раны. Безапелляционный вывод российского вакцинатора опровергается, впрочем, не только здравым смыслом, но и имеющимися публикациями. Так, в одной из них утверждается, что у 59 выборочно обследованных человек был обнаружен защитный уровень столбнячного антитоксина, несмотря на то, что никто из них никогда не получал прививок от столбняка, а большинство – вообще никаких прививок. Со слов авторов, этот *несомненно существующий* естественный иммунитет к столбняку позволяет объяснить некоторые особенности болезни – например, почему столбняк чаще встречается у новорожденных, почему люди по-разному реагируют на столбнячные прививки и почему тяжесть болезни значительно разнится в человеческом сообществе[1003]. В другом исследовании у 90 из 166 пациентов, в медицинской истории которых не было упоминания о сделанных прививках, были обнаружены антитела в «защитном» титре[1004], а согласно исследованию, проведенному в живущей изолированно группе людей (197 человек), не получавших прививок, «защита» имелась у 30 %[1005].

Столбняк остается редкой болезнью даже среди тех, кто не имеет вожделенного титра антител, считающегося достаточным для того, чтобы уберечься от этой болезни. Так, в одном из австралийских штатов (Новом Южном Уэльсе) проведенное исследование показало, что половина лиц в возрасте 49 лет и старше не имеют такого уровня[1006]; «защищенность» англичан и валлийцев в возрасте 60 лет и старше оказалась равна лишь 53 %[1007].

Описаны случаи заражения столбняком (хотя намного чаще – гепатитами) после пирсинга. В некоторых странах третьего мира до сих пор острой остается проблема столбняка новорожденных, случающегося после того, как пуповина перерезается инфицированными ножницами. Так, в конце 1990-х гг. вследствие

такого заражения в мире все еще погибало свыше 400 тыс. младенцев[1008], хотя меры его профилактики были известны уже давно: «В 1548 г. китайский врач Хсуе Чи в своей книге «Основы акушерства и гинекологии» советовал не перерезать, а пережигать пуповину у новорожденных и просматривать пупочную ранку несколько раз в день, чтобы она не гноилась. Он утверждал, что «это наиболее важный способ предупреждения столбняка новорожденных»[1009]. Действительно, «главным методом профилактики столбняка новорожденных, который позволил практически уничтожить столбняк в индустриально развитых странах и недавно в Китайской Народной Республике, является строгое соблюдение стерильности при родах, и, особенно, при пересечении пуповины и уходе за пупочной культей после родов»[1010]. Именно санитарно-гигиенические мероприятия, а вовсе не прививание беременных, является ключом к решению. «Столбняк новорожденных возникает даже в том случае, если матери считались иммунизированными. Объяснением такой возможности является: неправильная схема иммунизации матери, слабая эффективность вакцин, недостаточный иммунный ответ у матери, ослабленный перенос антител через плаценту, поступление большого количества столбнячного токсина через плаценту»[1011]. Каким бы ни было объяснение, ясно, что прививки не могут играть решающей роли там, где проблема по определению должна быть снята с повестки дня соблюдением элементарных правил стерильности.

Развитие возбудителя столбняка происходит в анаэробных условиях, то есть при отсутствии кислорода. Такие условия создаются на дне глубоких, обычно колотых ран. В ранах с сильным кровотечением благоприятных условий для развития спор столбняка нет. Инкубационный период составляет от 2 до 60 дней. Клостридии вырабатывают нейротоксин, который по нервным волокнам попадает в центральную нервную систему и нарушает ее деятельность. Появляется скованность в мышцах, затруднения при глотании. Это первые симптомы столбняка; до этого никаких клинических проявлений болезни нет. В течение нескольких суток появляются болезненные судороги, а вслед за ними дыхательные нарушения вследствие паралича дыхательной мускулатуры. Таким больным необходимо лечение в реанимационном отделении, где есть возможность подключения аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Американская

академия педиатрии рекомендует также лекарственную терапию, направленную на борьбу с раневой инфекцией; препаратом выбора является метронидазол, хотя можно использовать также пенициллин G. Интересное (но, похоже, не привлекшее к себе никакого внимания) исследование было проведено в Бангладеш: к стандартному лечению столбняка было добавлено ежедневное внутривенное введение витамина С (аскорбиновой кислоты). Среди 31 пациента в возрасте от 1 до 12 лет вообще не было смертей (в такой же по числу пациентов группе, не получавшей аскорбиновой кислоты, скончалось 23). В группе от 13 до 30 лет из 27 получавших аскорбиновую кислоту выздоровело 17 человек (смертность – 37 %), среди 28 не получавших выздоровело лишь 9 (смертность 67,8 %)[1012]. При этом интересно обратить внимание на возможную ошибку авторов. Дело в том, что пациенты *во всех группах* получали разовую дозу в 1000 мг витамина С. Вполне вероятно, что получай старшие пациенты дозу, более соответствующую их весу, смертность и в старших возрастных группах была бы ощутимо ниже. А за тридцать лет до этого исследования о высокой эффективности витамина С в лечении столбняка заявил часто упоминаемый мной д-р Фредерик Кленнер, начавший свой материал с категорического утверждения: «Я пишу эту статью с целью опровергнуть бытующее среди людей мнение, что столбняк является трудной для лечения болезнью»[1013]. Могу указать на еще одно интересное недавно опубликованное исследование относительно возможности лечения столбняка препаратами магния. Сульфат магния вводился 40 пациентам с развившейся клинической картиной столбняка. При достижении концентрации магния в сыворотке 2–4 ммоль/л судороги прекратились у 38 пациентов; для 17 из 24 пациентов младше 60 лет и для 6 из 16 пациентов старше 60 лет не потребовалось подключение к аппарату ИВЛ. Смертность составила 12 %, причем все смерти были в группе пациентов старше 60 лет и не были связаны с нарушениями функций нервной системы. Авторы сделали вывод, что, вероятно, магний является основным препаратом, который должен назначаться при лечении столбняка[1014].

Трудно дать однозначную оценку смертности от столбняка, так как та зависит от возраста (у младенцев превышает 80 %, у пожилых выше, чем у молодых). Чаще всего приходилось встречать цифру 20 % – для развитых стран, располагающих хорошо оборудованными отделениями

интенсивной терапии[1015]. Именно наличие специальных реанимационных отделений снижает, по данным одного авторского коллектива, смертность с 44 до 15 %[1016]. Вполне достижимым для развитых стран – за счет своевременной диагностики и лечения – является снижение смертности до 10 %[1017]. Важно здесь отметить, что выздоровление при столбняке в подавляющем числе случаев бывает полным – не остается никаких последствий[1018].

Чтобы избежать связанных со столбняком неприятностей, первое и самое главное, что необходимо сделать, это промыть рану перекисью водорода, которая непременно должна иметься в домашней аптечке (при этом перекись каждый год необходимо заменять). Следует позволить крови несколько минут свободно вытекать из раны, пока кровотечение не остановится естественным образом (разумеется, здесь речь не идет о повреждениях магистральных сосудов, когда необходимы скорейшая остановка кровотечения и неотложная хирургическая помощь). После этого, или даже если кровотечение еще не прекратилось, следует наложить стерильную антисептическую повязку. Мази использовать не следует. При всех инфицированных ранах требуется хирургическая обработка, но при глубоких колотых ранах она совершенно необходима, а потому с визитом к врачу лучше не задерживаться. Из гомеопатических средств может быть рекомендован трехкратный прием *Ledum* 30 через каждые четыре-пять часов после ранения или укуса животного. Некоторыми докторами с целью профилактики предлагается нозод *Tetanotoxinum,* три приема в течение недели. Вследствие редкости самой болезни и еще большей редкости ее гомеопатического лечения трудно сделать какой-либо однозначный вывод об эффективности гомеопатии при столбняке[1019]. Несомненно, что гомеопатические лекарства не приводят к выработке антител против специфического возбудителя или его токсинов, но вопрос о том, играют ли антитела приписываемую им исключительную роль в выработке иммунитета (не в смысле наводнения крови этими самыми антителами, как понимают слово «иммунитет» вакцинаторы, а в истинном его значении, в смысле *невосприимчивости* к болезни), остается далеко еще не решенным. В любом случае, при серьезных повреждениях или при глубоких колотых ранах, чаще всего дающих начало столбняку, их хирургическая обработка и введение столбнячного анатоксина или противостолбнячного человеческого иммуноглобулина

(или, вместо него, противостолбнячной лошадиной сыворотки), имеющихся в приемных отделениях любых больниц, могут считаться вполне оправданными мероприятиями. Именно это, вкупе с изначально здоровым иммунитетом, является лучшей профилактикой столбняка[1020]. Таблицу используемых для экстренной профилактики препаратов в зависимости от того, были ранее сделаны прививки или нет, можно найти в специальных руководствах[1021].

Вакцина

Как понятно из природы болезни, препарат, призванный защитить от столбняка, в строгом смысле этого слова является не вакциной, а анатоксином, то есть ослабленным токсином. «Столбнячный анатоксин, используемый в виде моновакцины или в качестве одного из компонентов комплексных вакцин, вызывает образование нейтрализующих антител класса IgG. Гуморальный иммунитет является основой антистолбнячной резистентности, развивающейся после введения столбнячного анатоксина. Антитела нейтрализуют образующийся в инфицированной ране токсин»[1022]. Здесь можно попутно обратить внимание родителей на существование доступной моновакцины от столбняка – факт, о котором почему-то забывают упомянуть некоторые проприводочные брошюры[1023].

«Выпускаемый в России столбнячный анатоксин… состоит из очищенного анатоксина, адсорбированного на геле гидроксида алюминия. Препарат содержит в 1 мл 20 единиц связывания… анатоксина. Консервант – мертиолят в концентрации 0,01 %»[1024].

Не будем сейчас останавливаться на присутствии ртути в составе многократно вводимой, согласно прививочным календарям, комплексной вакцины АКДС (или АДС и АДС-М), куда входит и столбнячная вакцина, или даже в моновакцине, что само по себе крайне нежелательно – о ртути было уже достаточно сказано. Кроме того, анатоксин получается инактивированием токсина формалином, а это означает, что в вакцине неизбежно будет присутствовать некоторое количество формалина (почему-то и об этом не сообщается в пособиях по вакцинологии). Как в случае любого анатоксина или убитой вакцины, в столбнячном анатоксине, соответственно, всегда будет присутствовать опасность «недоубитости» действующего агента, что может стать причиной того самого заболевания, предотвратить которое была призвана прививка. «Инфицирование и интоксикация из-за ошибок в приготовлении вакцины играют важную роль с самого начала ее разработки. Из-за технологических погрешностей частички столбнячного токсина остаются в вакцинной жидкости, вызывая болезни и смерть… Использование определенных сред делает

недостаточной концентрацию формалина, а потому остается активный токсин»[1025].

У тех докторов, кто специально не изучал столбняк и прививку против него, вопросов относительно формирования «защитного» столбнячного иммунитета не возникает. Надо прививать, пока не будет необходимой «защиты», и дело с концом. Но все далеко не так просто.

Безопасность

Поскольку с профилактическими целями столбнячный анатоксин вводится детям почти исключительно в составе многокомпонентных вакцин (АКДС, АДС и АДС-М; DTP, DTaP и Td), то трудно выделить реакции, характерные именно для него; приходится больше ориентироваться на статистику, полученную от применения анатоксина в виде монокомпонентной вакцины у взрослых.

Как уже упоминалось, определенная и неизбежная опасность всегда таится в самой технологии производства анатоксина, при которой возможно «выживание» столбнячного нейротоксина и последующее тяжелое заболевание привитого. Уместно будет напомнить, что парентеральное введение токсина намного опаснее для человека, ибо таким образом обходятся созданные природой защитные барьеры, а потому достаточно даже незначительного присутствия активного токсина, чтобы случилось непоправимое. Это объясняет тот факт, что хотя побочные реакции на введение столбнячного токсоида (анатоксина) относительно редки, они дают 4 % смертности и 6 % долгосрочных повреждений, зачастую ведущих к инвалидности[1026]. Советский автор сообщал о результатах ранних противостолбнячных прививок: «Ежегодно после экстренной профилактики столбняка в Англии умирало около 20 человек, в США – 20 человек и в Канаде – около 2 человек… Гетерологичные токсины вызывали различного рода поражения: энцефалиты, невриты, инфаркт миокарда»[1027].

Самой опасной реакцией, конечно же, является анафилактический шок. Уже через два года после начала использования токсоида в 1938 г., в научной литературе начали появляться сведения об анафилаксии после противостолбнячных прививок. «Эти реакции… наблюдались после первого, второго и последующего введений»[1028]. Вообще 1940 г. оказался урожайным на анафилактический шок после противостолбнячных прививок. Два случая, относящиеся к 1940 г., были позднее отмечены в немецком руководстве по прививкам. В первом случае у пациента, не имевшего никаких немедленных реакций на первую прививку, шок развился спустя четыре недели. После второй прививки шок случился уже через восемь часов, а третья прививка убила пациента в течение двух часов (интересно, кто настоял на

третьей прививке после таких реакций на первые две?). Во втором случае 44-летний доктор умер через 30 минут после прививки[1029]. В других публикациях того года встречались как смертельные исходы, так и выздоровления[1030]. О двух случаях смертельных реакций анафилактического типа было сообщено в 1973 и 1974 гг. Через полчаса после ревакцинации скончалась 24-летняя женщина. У нее не было реакции на предшествующие прививки против столбняка, но она страдала от астмы, а ее сестра имела аллергические реакции на прививку против столбняка. Эти несомненные противопоказания были отвергнуты ее свекром, который настоял на прививке[1031]. В другом случае после прививки у 34-летнего мужчины начался сильный отек руки, в которую был сделан укол. Затем отек распространился на половину (со стороны поражения) тела, шеи и головы. На четвертый день после второй ревакцинации развились шок и синдром Лайелла (пузыри на ладонях с отслоением кожи и выделением черноватой жидкости), за которыми последовали ишемические контрактуры скелетной мускулатуры. Смерть наступила от остановки сердца[1032]. В 1986 г. был описан случай 14-летнего мальчика, у которого не было ничего, кроме царапины, полученной во время игры с собакой. Хозяин собаки настоял на профилактике столбняка. Через пять минут после прививки ребенок умер[1033].

Возможность анафилактического шока после прививки от столбняка (как, впрочем, и после других прививок) признана сегодня официально: «Помещение, где проводят прививки и экстренную специфическую профилактику столбняка, должно быть обеспечено средствами противошоковой терапии»[1034]. Попутно следует отметить, что неоднократные случаи анафилактического шока отмечались также на введение противостолбнячных сывороток, применение которых началось в 1900 г.

Из других потенциально смертельных осложнений противостолбнячной прививки рядом авторов описан инфаркт миокарда[1035].

Было показано, что введение столбнячного анатоксина приводит к тяжелому подавлению иммунитета. У 11 здоровых добровольцев, получивших ревакцинацию против столбняка, резко снизилось соотношение Т-хелперов к Т-супрессорам, причем у четырех испытуемых – до уровня, характерного для больных СПИДом[1036].

Хотя через какое-то время все вернулось в норму, понятно, что в течение периода возвращения иммунитета к его нормальной функции человек становится подверженным немалому количеству болезней. Кроме того, если вспомнить, что только на первом году жизни ребенок, помимо кучи других вакцин, получает три порции столбнячного токсоида, а четвертую – в середине второго года, то стоит ли удивляться тому, что дети первые несколько лет жизни вполне «планово» хронически больны вследствие получаемых регулярно прививок? А ведь именно в это время формируется иммунная система на всю жизнь!

Имеется немалое количество сообщений о поражении нервной системы после прививок столбнячным анатоксином – примерно в 1,4 случая на миллион прививок[1037]. Чаще всего это разнообразные периферические нейропатии, невриты и пр. Например, «нейропатия плечевого сплетения случается практически исключительно у взрослых, получавших многочисленные прививки столбнячного токсоида»[1038]. Описана мультифокальная демиелинизирующая нейропатия, развившаяся после прививки[1039]. В литературе имеются указания и на случаи поражения центральной нервной системы, в том числе и энцефалиты со смертельным исходом[1040]. В ГДР до 1981 г. были выплачены компенсации за три случая энцефалита после противостолбнячных прививок[1041]. Описаны случаи поражения черепно-мозговых нервов – слухового, зрительного, глазодвигательного, лицевого и возвратного[1042]. Синдром Гийена-Барре встречается с частотой 0,4 случая на 100 тыс. доз[1043].

Описаны ревматоидные реакции и реакции со стороны желудочно-кишечной системы. В одном случае на фоне шока после прививки столбнячного анатоксина развилась острая анурия, приведшая больного к смерти[1044].

Кроме того, возможно немалое количество кожных аллергических реакций в ответ на инактивированный токсин или отдельные компоненты вакцины (например, формальдегид или алюминий).

Необходимо отметить, что число побочных реакций разной степени тяжести нарастает пропорционально количеству ревакцинаций – факт, отмечаемый многими авторами[1045]. Это связано с гипериммунным состоянием и нарастающей сенсибилизацией к компонентам вакцины. Особенно хорошо это видно на примерах военнослужащих, получающих частые (и малооправданные с точки

зрения особенностей иммунного ответа при столбняке) прививки. В 1961 г. двое исследователей сообщали: «В Национальной гвардии, например, нынешние правила требуют проводить ревакцинацию каждые три года, и, как следствие, некоторые из старослужащих часто тяжело страдают и даже теряют трудоспособность из-за реакций, вызываемых самой обычной дозой столбнячного токсоида»[1046].

Как и вакцины, столбнячный анатоксин никогда не исследовался на канцерогенный эффект. Не изучались и отсроченные последствия его применения.

Эффективность

Ясно, что «защита», если даже таковой суждено будет создаться благодаря прививкам, окажется сравнительно недолгой и непрочной, ведь сама перенесенная болезнь не приводит к выработке стойкого иммунитета. Значит, потребуется немалое количество прививок.

Здесь мы в очередной раз подходим к вопросу о том, что же такое эффективность и на основании чего она должна определяться. Если мы говорим о «защитном уровне» антител, то четкого его определения нет – тот уровень, который для одних людей является защитным для обороны от некоторого количества столбнячного токсина, не будет таковым для других людей при той же самой концентрации токсина. Антитела не препятствуют образованию нейротоксина, они могут лишь нейтрализовать уже образовавшийся. И если не будет произведена надлежащая хирургическая обработка обильно инфицированной клостридиями раны, в которой создались условия для их развития и выработки токсина, и, возможно, не введен столбнячный иммуноглобулин, то никакие антитела, хоть в «защитном», хоть в «незащитном» титре, скорее всего не помогут. Это подтверждает тот факт, что среди заболевших и скончавшихся от столбняка числится немало привитых. Так, в США в 1995–1997 гг. столбняком заболели 124 человека (примерно 0,15 заболевших на 1 млн населения в год), 14 из которых скончались. Из числа заболевших 12 (!) получили в прошлом четыре и более доз вакцины, по четыре человека – три и две дозы, И – одну дозу, 27 – ни одной и у 66 история прививок была неизвестна. Последнее должно означать, что большинство из них, если не все, уж одну-то дозу как минимум в прошлом получили (иначе попали бы в графу «ни одной»), скорее всего и больше; просто не были найдены необходимые документы, а сами пациенты уже точно не помнили (или в силу тяжести состояния не могли сообщить), прививки от чего именно и когда они получали. Из числа этих 66 скончались 9, среди не получивших ни одной дозы – четыре, и один умер, имея в прошлом две прививки от столбняка. Было отмечено, что большинство скончавшихся относились к группам риска (наркоманы, пострадавшие от тяжелых ожогов, пожилые люди) или имели инфицированные раны, не обработанные должным образом[1047].

Имеются свидетельства о том, что после тяжелых осложнений, последовавших вслед за первыми прививками против столбняка, концентрацию токсоида в вакцине постоянно снижали – а вслед за ней снижалась и способность анатоксина вызывать иммунный ответ, достаточный для появления «защитного» титра антител. По ироническому замечанию проф. Р. Мендельсона, «скорее всего, нынешняя вакцина против столбняка так же эффективна, как и чистая вода. До самого последнего времени правительственная статистика признавала, что около 40 % детского населения США не привиты от столбняка. А куда же тогда на протяжении десятков лет деваются случаи столбняка от ржавых гвоздей?»[1048]. То, что заболеваемость столбняком снижается и безо всяких прививок – факт, на который указывают многие.

«Одна доза столбнячного анатоксина, вводимая первично, обеспечивает лишь слабую защиту. Спустя 2–4 недели после второй инъекции антигена уровень антител превышает минимальный «защитный титр». Трехкратное введение вакцины обеспечивает напряженный иммунитет на протяжении, по крайней мере, 1–5 лет. Ревакцинация, проводимая через год, сохраняет иммунитет в течение 7–10 лет»[1049]. Не очень понятно, сколько же длится «защита» после трех прививок – один год или пять лет? Читатели согласятся, что разница имеется, однако, похоже, вакцинаторов этот вопрос не очень волнует – главное, хоть как-то дотянуть до четвертой прививки, которая должна завершить первую серию столбнячнопрививочного сериала длиною в жизнь. Согласно последнему российскому прививочному календарю (2001 г.), после трех прививок в 3, 4, 5 и 6 месяцев ребенка следует ревакцинировать сначала в возрасте 18 месяцев, потом в 6 лет, а затем в 14 лет. После этого прививки от столбняка и дифтерии рекомендуется повторять каждые 10 лет. Эта рекомендация, впрочем, разделяется далеко не всеми специалистами: «Эпидемиологические данные указывают на то, что плановые прививки раз в десять лет практически не имеют ценности и не стоят затрат…»[1050].

«Минимальным защитным уровнем противостолбнячных антител считается 0,01 МЕ/мл сыворотки крови»[1051]. Этот уровень был произвольно установлен на морских свинках группой исследователей в 1937 г.[1052], и хотя он и сегодня продолжает считаться защитным, практика не раз это опровергала. К тому же он был определен как

уровень, предотвращающий *смерть* от столбняка, а вовсе не заболевание[1053]. Некоторые исследователи ставят под сомнение как эту цифру, так и вообще возможность подхода с одной «антительной» меркой ко всем людям: «Нет абсолютного или универсального защитного уровня антител… Уровень нейтрализующих антител у людей, считающийся ныне защитным, 0,01 МЕ/мл, основан на исследованиях на животных, и сравним с таковым у человека уже при симптомах наступающей смерти»[1054]. Случаи столбняка, в том числе и в его тяжелейших формах, у имеющих не только «защитный», но и значительно превышающий его уровень антител многократно описаны в специальной литературе. Эти же исследователи сообщили о случае столбняка у 35-летнего мужчины, у которого болезнь развилась несмотря на то, что уровень антител был в 16 раз выше считающегося «защитным»[1055]. Также в 16 раз был выше «защитного» уровень антител у скончавшегося от столбняка наркомана[1056]. Но это не предел. У 29-летнего пациента, получившего три прививки в детстве и две ревакцинации позднее, и благополучно при этом заболевшего столбняком, титр антител превышал защитный в 100 (!) раз[1057]. Два других автора описали трех пациентов с тяжелым столбняком, заболевших несмотря на высокий уровень антител (один скончался). Двое получили последнюю прививку за год до болезни, а один из пострадавших… даже был «столбнячным» донором – был гипериммунизирован для получения коммерческого столбнячного иммуноглобулина![1058] Зачастую уровень антител у пациентов не определяли (хлопотная и дорогостоящая процедура), но история ранее сделанных прививок не оставляла сомнений, что они делались многократно и согласно всем существующим правилам. Еще одна публикация в 1986 г. упоминает столбняк с тризмом жевательной мускулатуры у 18-летнего юноши, ранее полностью привитого, с ревакцинацией, сделанной за шесть лет до того; в той же публикации отмечалось, что двое из трех других пациентов, лечение которых от столбняка проводилось в госпитале, были частично привитыми[1059]. Среди госпитализированных по поводу столбняка в Дании в 1978–1982 гг. 10 % были ранее полностью привиты от столбняка; подавляющее большинство остальных пострадавших были привиты частично[1060]. Несмотря на все сделанные прививки, у десятилетней английской девочки после ранения ноги развился столбняк (от которого

она, впрочем, полностью выздоровела)[1061]. Желающие могут найти иные описанные в литературе случаи, свидетельствующие о возможности заболевания столбняком и после сделанных по полной программе прививок, и у лиц с «защитным» уровнем антител. Именно поэтому все последние серьезные публикации по столбняку завершаются призывом к докторам относиться к этой болезни максимально серьезно и меньше обращать внимания на наличие прививок в прошлом.

Несмотря на приведенные примеры, исследования показывают, что ранее привитые имеют меньшую вероятность заболеть столбняком и погибнуть от него. Но достаточно ли данных исследований, взятых в отрыве от всего остального, чтобы легко убедить себя: да, прививка нужна? Поставим вопрос по-другому: когда делать эту прививку и стоит ли ее делать вообще, учитывая крайнюю редкость самого заболевания и эффективность доступных экстренных профилактических мероприятий, а также принимая во внимание вероятность осложнений, связанных с введением вакцины? Для недавней статьи в престижном журнале американские авторы наскребли по сусекам Национальной системы регистрации и наблюдения за заболеваниями (National Notifiable Diseases Surveillance System)… аж 15 заболевших в США детей в возрасте младше 15 лет в период 1992–2000 гг. В среднем пострадавшие провели в больнице 28 дней; восьмерым потребовалось подключение к аппарату ИВЛ. Все без исключения заболевшие полностью выздоровели. Среди них было 12 непривитых (включая двух младенцев в возрасте до 10 дней, которые не могли быть привиты по определению), десять детей в возрасте от 3 до 14 лет не были привиты из-за отводов по религиозным убеждениям родителей. Вывод: 80 % заболевших среди непривитых, делайте детям прививки![1062] Читателей такие сведения очень убеждают в необходимости прививок?

Завершая эту главу, я хотел бы кратко изложить одну историю, хорошо иллюстрирующую этические стандарты вакцинаторов[1063]. ВОЗ в 1991 г. объявила программу ликвидации столбняка новорожденных к 1995 г. (разумеется, будучи основанной на одном лишь стремлении реализовать побольше вакцин, продиктованном нажимом фармацевтических компаний, эта программа провалилась так же благополучно, как и аналогичные программы ликвидации кори и

полиомиелита). Для ликвидации столбняка ВОЗ предложила план активной вакцинации женщин детородного возраста в тех странах, где остра проблема столбняка новорожденных, включавший пять последовательных прививок в течение 2,5 лет (интервал между первой и второй прививками – как минимум четыре недели, между второй и третьей – как минимум полгода, между третьей и четвертой, а также четвертой и пятой- как минимум год). Однако вакцинаторы «на местах» – а именно в Никарагуа, Мексике и на Филиппинах – эту схему творчески переработали, вводя три дозы столбнячного анатоксина уже в первые три месяца, и очень скоро после этого – еще две. Но мало того. В качестве высокомолекулярного носителя для столбнячного токсоида в ряде серий вакцины использовался человеческий хорионическии гонадотропин – гормон, выработка которого начинается при зачатии и вскоре прекращается, так как мешает нормальному развитию плода. Ни слова об этом прививаемым (а точнее, жертвам прививок) сказано не было. На Филиппинах, кроме огромного количества осложнений, связанных с сенсибилизацией к столбнячному токсоиду из-за частых прививок с малым интервалом между ними (обычно речь шла о крайне болезненной опухоли в месте инъекции), было зарегистрировано и необычайно большое количество выкидышей. Филиппинская медицинская ассоциация провела выборочные проверки вакцин и обнаружила, что в 20 % из них имеется человеческий хорионический гонадотропин. И ВОЗ, и местные чиновники от медицины яростно отрицали использование гонадотропина, после чего филиппинские власти пригласили независимых экспертов, которые, разумеется, обнаружили как гонадотропин в вакцинах, так и антитела к нему в высоком титре у 27 из 30 выборочно проверенных женщин, которые ранее были привиты от столбняка. Поскольку ничему иному, кроме использования вакцин, это приписано быть не могло, ВОЗ пришлось признать использование – втайне от прививаемых и от врачей! – человеческого гонадотропина в вакцине. ВОЗ заявила, что гонадотропин-де являлся лишь экспериментальной частью производственного процесса и не должен был попасть в вакцины, а попал лишь потому, что тесты на его определение давали ложноотрицательные результаты. Мало кто поверил этой выдумке. Вся эта дурно пахнущая история была грубейшим нарушением Нюрнбергского этического кодекса 1947 г., декларирующего

обязательное информированное согласие принимающего участие в эксперименте, и Хельсинкской декларации 1964 г., устанавливающей приоритет интересов индивидуума над интересами общества. Прививаемые экспериментальными вакцинами ничего не знали ни об их составе, ни о тех последствиях, к которым могло привести использование гонадотропина, и, разумеется, не могли дать информированного согласия. Никто не объяснял им, каким образом можно предотвратить столбняк новорожденных – речь шла исключительно о прививках как о единственной спасительной мере. Помимо всего прочего, эта история дала великолепный аргумент в руки тех, кто утверждает, что своими вакцинами ВОЗ стремится контролировать рождаемость в «неугодных» странах, обычно относящихся к третьему миру[1064].

Этот «экспериментальный» аспект прививания также неплохо бы иметь в виду всем, кто решается подвергнуться этой процедуре.

И чтобы поставить точку в этой главе, я хочу процитировать бельгийского гомеопата д-ра Криса Гоблома, написавшего по столбняку большой аналитический обзор, некоторыми материалами которого я воспользовался в настоящей работе: «Огромное количество публикаций о побочных реакциях на вакцину столбнячного токсоида не позволяет отмахнуться от них как от редких и безобидных. Тот, кто это делает, лишь демонстрирует, что он не знаком с литературой по обсуждаемому вопросу… Не может считаться разумной такая медицинская практика, при которой жизнь пациента подвергается опасности при проведении процедуры, которая, вероятно, неэффективна, для того чтобы предотвратить болезнь, которая, вероятно, никогда не случится. В масштабах всего мира все, что требуется, – дезинфицировать ножницы, которыми перерезают пуповину. Информация, мыло и перекись водорода могут оказаться куда более полезными, чем прививка против столбняка»[1065].

Выводы

• Столбняк – заболевание, вызываемое нейротоксином, который вырабатывается в анаэробных условиях клостридиями (обычно в глубоких колотых ранах).

• Заболеваемость столбняком в развитых странах составляет несколько десятков человек в год. Снижение заболеваемости столбняком достигнуто, в первую очередь, благодаря правильной хирургической обработке ран и применению мер экстренной профилактики столбняка, а также снижению объема ручного труда в сельском хозяйстве.

• Группами высокого риска являются новорожденные в странах треть- его мира, наркоманы, использующие наркотики для внутривенного введения, пострадавшие от тяжелых ожогов и пожилые люди.

• Прививка от столбняка связана с немалым количеством осложнений, в том числе и со стороны нервной системы, а также с анафилактическими реакциями.

• Применение перекиси водорода для поверхностных повреждений, своевременное обращение к врачу для обработки раны и получение, при необходимости, противостолбнячной сыворотки являются достаточными гарантами безопасности.

• Родители, желающие тем не менее сделать своим детям прививку только от столбняка, должны помнить о существовании монокомпонентной вакцины.

Туберкулез

Болезнь

Туберкулез – одно из старейших известных человечеству заболеваний, при этом оно, как никакое другое, примечательно своей тесной связью с социально-экономическим состоянием общества. Если связь иных инфекционных заболеваний с уровнем благосостояния может еще в какой-то мере являться предметом дискуссий, то для туберкулеза этот вопрос решен давно и не оспаривается даже самыми рьяными приверженцами прививок. 95 % всех случаев туберкулеза и 98 % смертей от него в мире приходится на развивающиеся страны. При этом 80 % случаев заболевания выпадает лишь на 22 страны, а среди них половина случаев туберкулеза принадлежит всего-навсего пяти странам Южной Азии. Хотя туберкулез никогда не сходил с повестки дня развивающихся стран, в последние годы эта проблема встала особенно остро в связи со СПИДом, поскольку последний способен вызывать реактивацию дремлющей туберкулезной инфекции. Участие СПИДа в мировой статистике туберкулеза оценивается примерно в 8 %, однако в некоторых африканских странах эта цифра в пять раз выше. Согласно недавнему заявлению Отдела исследования тропических болезней при ВОЗ, заболеваемость туберкулезом на подъеме в СНГ и странах области Сахары в Африке; во всем остальном мире она в целом снижается[1066]. По существующим сегодня оценкам, до 32 % всего населения мира заражено туберкулезом, однако в болезнь он может развиться лишь у 10 %.

Заболеваемость туберкулезом может широко варьироваться в разных районах даже одной страны в зависимости от социально-экономических условий. Так, в 1999 г. в Омахе было зарегистрировано 1,3 заболевших на 100 тыс. населения, в то время как в Нью-Йорке это число равнялось 17,7, а в Сан-Франциско – 18,2. При этом более 40 % заболевших туберкулезом в США были выходцами из других стран, главным образом Вьетнама, Филиппин и Мексики[1067]. В России заболеваемость туберкулезом по данным Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ составила: в 2001 г. – 68,37, в 2002 г. – 69,52, в 2004 г. – 83,2 на 100 тыс. населения[1068], при этом российскому правительству для сравнения были представлены показатели заболеваемости в других странах в 2004 году: Болгария – 39,2; Польша

– 25,3; Великобритания – 10,8; Дания и Германия – 7, Швеция – 4,3[1069].

Болезнь вызывается микобактерией, обнаруженной в 1882 г. немецким микробиологом Робертом Кохом (1843–1910). Из всех видов существующих микобактерий могут вызвать у человека туберкулез представители человеческого *(Mycobacteria tuberculosis)* и бычьего *(Mycobacteria bovis)* видов. Некоторые авторы в качестве исключительно редкой причины упоминают также птичий вид *(Mycobacteria aves),* другие такую возможность отрицают.

Обычным путем заражения является воздушно-капельный (при кашле, чихании, разговоре), а источниками становятся больные туберкулезом легких или гортани. С вдыхаемым воздухом микобактерий попадают в легкие, где поглощаются альвеолярными макрофагами. После этого начинается период медленного роста, результатом которого становится образование туберкулезной гранулемы. Микобактерий могут сохраняться в организме десятками лет, ожидая подходящих условий для реактивации. Таковыми могут стать химиотерапевтическое лечение по поводу онкологических болезней, СПИД, сильный стресс, истощение. Наилучшие условия для размножения микобактерий существуют в органах с высоким уровнем снабжения кислородом, к которым в первую очередь относятся легкие (особенно их верхние доли), почки, костный мозг и оболочки спинного и головного мозга. Внелегочное развитие туберкулеза (около 10 % в структуре заболеваемости) характерно для лиц с ослабленной иммунной системой; среди них четверть имеет историю неудачного или незавершенного лечения туберкулеза в прошлом. Факторами риска для туберкулеза признаются СПИД, алкоголизм, низкий социально-экономический статус, отсутствие жилья либо проживание в условиях скученности или в стране с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом, наличие болезни, ослабляющей иммунную систему, работа в системе здравоохранения. Отсюда понятно, что туберкулез будет типичен главным образом для небогатых стран, неспособных обеспечить своим гражданам достойные условия существования, а также своевременные диагностику и лечение. Если к этому прибавить огромное количество людей, находящихся в отвратительных условиях в местах лишения свободы и в армии, то мы получим нынешнюю картину, как нельзя более способствующую высокой заболеваемости

туберкулезом, на которую вряд ли могла бы повлиять и самая эффективная вакцина, если бы таковая существовала. Главным фактором распространения самого опасного, устойчивого к лекарственной терапии туберкулеза (MDR-TB – multidrug-resistant tuberculosis) являются колонии и тюрьмы, где он принял настоящие эпидемические масштабы вследствие скученности и плохого питания заключенных, а также неудовлетворительного уровня медицинских услуг и нехватки медикаментов, а иногда и целенаправленного самозаражения – просто чтобы жить, получая лечение, в более приемлемых условиях. Заболевшие получают неадекватное лечение неполными курсами лекарств – фактически лечение ведется лишь до тех пор, пока есть чем лечить. Это приводит к появлению устойчивых к лекарствам штаммов возбудителя. Больных устойчивыми к лекарствам формами туберкулеза помещают в отдельные камеры, обрекая на смерть. Освобождающиеся заключенные, а также работающий в тюрьмах персонал приносят инфекцию в свои дома[1070].

Недостаточное финансирование и разруха, царящая в системе здравоохранения, усугубляют положение. В недавней статье в профильном журнале два сотрудника киевского Института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского АМН Украины подробно пишут о проблемах фтизиатрической службы своей страны, во многом характерных и для России. Я лишь кратко перечислю их. Так, 90 % бюджетных средств расходуется в Украине на содержание инфраструктуры противотуберкулезной службы, и лишь 10 % – на самого больного (медикаменты и питание). На питание больных в стационаре выделяется в 3 раза меньше денег, чем предусмотрено нормативами, а 70–80 % больных не могут самостоятельно обеспечивать себя продуктами. Недостаточно обеспечение т. н. противотуберкулезными препаратами 2-го ряда или резервными, в результате чего лечение ведется хаотично, лишь тем, что есть в настоящий момент, а в итоге микобактерии вырабатывают лекарственную устойчивость. До 70 % больных имеют сопутствующие заболевания, 22,5–35,7 % больных во время лечения в стационаре употребляют алкоголь и наркотики. Врачи и медсестры нередко являются объектом угроз, а то и насилия со стороны больных, особенно освободившихся из мест лишения свободы, в то время как правоохранительные органы не спешат помогать медикам.

Противотуберкулезные учреждения в жалком состоянии, на одну койку вместо 7,5 м² приходится только 2–3 м² – «как на кладбище» (выражение авторов), и в таких условиях больные отказываются лечиться. Растет заболеваемость туберкулезом медицинских работников. До 1990 г. в год заболевало 30–40 человек, а в год, предшествовавший публикации – 800[1071]. Зарплата фтизиатра составляет около 34 евро в месяц, 60 % фтизиатров – лица глубоко пенсионного возраста, а молодые врачи в существующих условиях работать фтизиатрами не желают[1072].

Первичное инфицирование микобактериями обычно бессимптомно, и подавляющее большинство так никогда и не узнают, что заразились туберкулезом. Еще старая советская «Большая медицинская энциклопедия» довольно точно и подробно описывала последовательность событий при инфицировании: «У человека имеется относительный естественный иммунитет, о чем свидетельствует течение первичной инфекции у большинства детей. В одних случаях микобактерии, внедряясь в организм, не вызывают никаких микро- и макроскопических изменений в органах и тканях и как бы находятся в состоянии симбиоза с макроорганизмом; туберкулиновые реакции при этом остаются отрицательными… Это происходит тогда, когда для размножения микобактерий нет подходящих условий в организме… По такому пути инфекция может протекать только в организме, обладающем очень высокой степенью естественного иммунитета. В большинстве же случаев микобактерии при внедрении в организм на первых порах медленно размножаются и, оседая в различных органах и тканях, вызывают только незначительные изменения в наиболее чувствительном органе – легких, и в соответствующих регионарных лимфатических узлах. Таким путем образуется первичный туберкулезный комплекс. Благодаря малой чувствительности организма к туберкулезному возбудителю и естественным защитным механизмам – фагоцитозу и инкапсуляции, эти изменения обычно далеко не заходят, и образующийся в результате инфекции первичный комплекс начинает заживать…»[1073].

Конечно, любого родителя в первую очередь интересуют не эти теоретические сведения, а то, насколько легко заразиться туберкулезом – в частности, правда ли, как сказала медсестра в поликлинике (почему-то медсестры, а то и многие врачи, словно сговорившись, повторяют

одну и ту же выдумку), что достаточно чихнувшего в метро бродяги (вариант: плюнувшего на лестнице вчерашнего заключенного), чтобы любимый малыш тут же, не сходя с места, заболел туберкулезом? Ответ и на это получен давно: «…Практически каждый городской житель рано или поздно инфицируется микобактериями туберкулеза; однако только малое число людей заболевает прогрессирующим туберкулезом. Исход инфекции может зависеть от степени естественного иммунитета, от вирулентности, массивности инфекции, от частоты суперинфекций, от функционального состояния организма. Степень индивидуальной резистентности имеет большое значение для судьбы первичной инфекции. Оупи и Мак Фредрен описывают случаи, когда среди детей из одной семьи, находящихся в условиях тесного контакта с бацилловыделителем, некоторые заболели прогрессивным туберкулезом, другие – латентным, а третьи остались туберкулиноотрицательными. Значение массивности и повторности в исходе инфекции доказано исследованиями Бернара, Дебре, Лелонга… которые в течение четырех лет вели наблюдения над детьми с положительной реакцией на туберкулин, инфицировавшимися в течение первого месяца жизни и затем изолированными от источника заражения. Из 171 отделенного ребенка 158 остались туберкулиноположительными, но не обнаружили клинических проявлений. Дети, оставшиеся в контакте, умерли от туберкулеза»[1074]. Авторы несколько раз подчеркивают важность индивидуальной резистентности, которая зависит от общего состояния иммунитета. А если прививаемый по календарю прививок ребенок на первом году жизни, когда как раз и закладывается иммунитет на всю дальнейшую жизнь, по всем правилам вакцинной науки находится в беспрерывном «поствакцинальном периоде», характеризующемся выраженным угнетением функций иммунитета, то нетрудно предположить, что в будущем именно он может оказаться наиболее вероятной жертвой туберкулеза.

Лишь в очень редких случаях первичное инфицирование дает начало острому процессу. Как правило, туберкулез развивается на фоне сниженных функций иммунитета и вследствие постоянного контакта с бацилловыделителем, то есть больным открытой формой туберкулеза. Обратить внимание на себя должны длительное повышение температуры и длительный кашель (подкашливание) с

увеличивающимся выделением мокроты (при легочном туберкулезе), ночной пот, слабость, отсутствие аппетита, потеря веса, увеличение лимфоузлов, головная боль. Диагноз туберкулеза в идеале должен ставиться по совокупности клинических, рентгенологических и лабораторных (бактериоскопический и культуральный методы) данных. В последнее время часто упоминаются сравнительно новые методы – полимеразной цепной реакции (ПЦР) и иммуноферментного анализа (ИФА). Однако они не свободны от ряда довольно существенных недостатков. Метод ПЦР состоит в выявлении в исследуемых образцах диагностического материала специфических фрагментов цепи ДНК возбудителя. Метод отличается очень высокой чувствительностью, может определять также и L-формы, с которыми традиционно возникает очень много проблем, позволяет провести очень точную видовую и штаммовую идентификацию возбудителя для дифференциации между туберкулезными и нетуберкулезными микобактериями, для экспресс-определения лекарственной устойчивости микобактерий. Однако применение метода чревато большим числом ложноположительных реакций, он требует наличия дорогостоящих специальных генно-инженерных лабораторий с высококвалифицированным персоналом, бесперебойной поставки высококачественных расходных материалов, и он не позволяет определять жизнеспособность возбудителя[1075]. При этом информативность метода также оказалась достаточно далекой от стопроцентной. По данным одного исследования, с помощью ПЦР M. tuberculosis обнаруживалась в мокроте в 82,6 % случаев, в моче – в 66,6 %, в крови – 0 %. При внелегочном туберкулезе разных локализаций обнаружить возбудителя удавалось лишь в 40 % случаев при исследовании мочи[1076]. Что же касается ИФА, то «главная проблема, возникающая при разработке специфической иммунодиагностики, заключается в получении препаратов антигенов и антител, позволяющих добиться оптимального соотношения чувствительности и специфичности тестов»[1077]. Считается, что по-настоящему этот метод информативен лишь у больных внелегочными формами туберкулеза и в районах с низкой распространенностью болезни.

Несколько слов необходимо сказать о массовой флюорографии, до сих пор практикуемой в России как метод раннего выявления

туберкулеза. Любая медицинская процедура, связанная с облучением, должна проводиться по строжайшим медицинским показаниям, даже если лучевая нагрузка при ней считается пренебрежимо малой (утверждают, что нынешние цифровые флюорографы дают нагрузку в 10–30 раз меньше, чем использовавшиеся до самого последнего времени пленочные). Незадолго до кончины СССР два автора монографии делились такими рекомендациями по совершенствованию «охвата» публики рентгеновскими лучами: «Одним из основных и обязательных условий высокой эффективности обследования (флюорографического. – *А. К.*) является охват не менее 90 % населения, что осуществимо только при проведении строгого индивидуального учета… Как правило, карта профилактического обследования заполняется предварительно на основании данных ЖЭУ и списков, полученных в результате подворных обходов… Лиц, уклоняющихся от осмотра, привлекают путем индивидуальной беседы или через администрацию… Для направления на флюорографию пожилых людей следует использовать их обращения к окулистам, стоматологам, а также другим специалистам, у которых они находятся под наблюдением… Лиц, которые в течение года ни разу не обратились в поликлинику, приглашают на флюорографическое обследование письменно или при личном посещении»[1078]. Одни мечтают о 100 %-ном «охвате» прививками, другие – рентгенодиагностикой, используя при этом все доступные методы и не слишком беспокоясь правом граждан на частную жизнь и их нежеланием рисковать своим здоровьем ради «высокой эффективности обследования». От контроля Старшего Брата не должен скрыться никто! Но насколько же на самом деле эффективна флюорография?

Вот один пример: «…В Щелковском районе в 2001 г. при обследовании 19 415 человек из числа декретированных контингентов выявлен 1 больной туберкулезом; его выявление обошлось в 446 546 рублей. Выявление 1 больного из числа декретированных контингентов в Новомосковском районе в 1999 г. обошлось в 28 350 руб.»[1079]. Неужели почти полмиллиона и даже «всего» 30 тысяч рублей для того, чтобы найти одного заболевшего туберкулезом, – это разумное использование бюджета здравоохранения? Нам постоянно внушается, что профилактика – самое важное в медицине, скупиться на нее никак нельзя. И вот миллионы и миллиарды рублей, которые могли бы помочь

реальному улучшению дел, идут на облучение и вакцины, не только как правило не приносящие никакой пользы, но и несомненно вредящие. Решение известно давно – нужно обследовать лишь тех, кто находится в группе риска. Но таких ведь нужно находить, убеждать пройти необходимые процедуры… Куда проще массово обследовать сотни тысяч людей, для которых угрозы заболеть туберкулезом фактически не существует, ставить галочку: «охвачены флюорографией», а потом совершенно искренне изумляться, отчего так плохи дела с ранней диагностикой болезни, и возмущаться недостаточным финансированием программ борьбы с туберкулезом. И никто не спросит за бездумно растрачиваемые миллионы рублей налогоплательщиков!

В массовой диагностике врачи до сих пор также полагаются на кожный туберкулиновый тест, он же тест Манту, вызывающий много вопросов и заслуживающий особого разговора (см. ниже).

Заболеваемость туберкулезом, традиционно считавшимся болезнью проживающих в темных и сырых помещениях, и смертность от него начали резко снижаться со второй половины XIX века, когда улучшилось общее санитарно-гигиеническое состояние мест проживания людей, а также появились законы об охране труда и обязательном медицинском страховании, обеспечившем доступ к медицине для широких слоев общества. Так, смертность от легочного туберкулеза в Англии снизилась на 87 % с 1855 г. до 1947 г., когда в широкое использование вошел стрептомицин, первое эффективное лекарство против туберкулеза. К 1953 г., когда началось использование вакцины БЦЖ, это снижение составило уже 93 %[1080]. Похожая статистика имеется и для других стран. В Нью-Йорке в 1812 г. смертность от туберкулеза составляла свыше 700 на 10 000 заболевших. К моменту, когда Роберт Кох изолировал микобактерию (то есть к 1882 г.), она снизилась до 370. Когда открылись первые санатории для лечения больных туберкулезом, смертность составляла уже 180 человек на 10 000 заболевших, хотя туберкулез все еще оставался второй по частоте причиной смерти. После Второй мировой войны, но еще до того, как лечение антибиотиками стало рутинным, туберкулез опустился уже на 11-е место (смертность – 48 на 10 000)[1081]. Микобактерии быстро гибнут под влиянием ультрафиолетового излучения, то есть на солнце. А потому понятно, что улучшение

жилищных условий, доступ солнечного света и свежего воздуха в совокупности со здоровым иммунитетом являются решающими факторами в борьбе с туберкулезом.

Кроме стрептомицина, во многом не потерявшего своего значения в лечении туберкулеза и до настоящего времени, в 1952 г. стал доступным новый препарат – изониазид. Для лечения сегодня также используются такие препараты, как рифампин и этамбутол. Лечение длительное – не менее шести месяцев, обычно шесть – девять месяцев. Примерно в 1–2% случаев врачам приходится сталкиваться с устойчивым к лекарственным препаратам туберкулезом, что чаще всего связано с появлением резистентных штаммов возбудителя вследствие неправильного или незавершенного лечения. Сочетание болезни иммунной системы и устойчивых форм туберкулеза часто оказывается смертельным.

Гомеопатия занимается лечением туберкулеза с момента своего возникновения, и у гомеопатов есть все основания быть довольными своими успехами в этой области. Практически во всех книгах старых мастеров обсуждаются вопросы гомеопатического лечения туберкулеза и даются практические советы. Настоящая книга не предназначена для углубленного обсуждения столь сложной темы; кроме того, законодательства ряда стран запрещают лечить некоторые инфекционные болезни, среди которых обычно фигурирует и туберкулез, иными, отличными от конвенциональных методами. Однако самой большой проблемой является отсутствие практически у всех гомеопатов, живущих в развитых странах, квалификации, необходимой для лечения этой болезни. Сегодня только те доктора, которые имеют хорошую фундаментальную подготовку (например, выпускники гомеопатических колледжей Индии) и опыт лечения инфекционных болезней гомеопатическими средствами, могут чувствовать себя достаточно уверенно с такими пациентами. Поэтому здесь я процитирую лишь известные слова проф. Дж. Т. Кента, сказавшего о *Tuberculinum bovinum* (препарате, введенном в практику известным британским гомеопатом Дж. К. Бернеттом (1840–1901) под первоначальным названием *Bacillinum)* в посвященной этому лекарству главе своей знаменитой книги: «Если назначить *Tuberculinum bovinum* в разведении 10M, 50M и CM, по две дозы каждой потенции с большими интервалами всем детям и молодым людям с наследственным

туберкулезом, это может избавить их от этого и восстановить равновесие в организме. Лекарство часто излечивает аденоидные разрастания и туберкулезное увеличение шейных лимфоузлов»[1082]. Здесь следует непременно оговориться, что Кент, как это следует из текста главы, под наследственным туберкулезом имел в виду не развившееся заболевание, а *наследственную конституциональную предрасположенность* к болезни. Лечение же самой болезни, разумеется, требует строжайшей индивидуализации – conditio sine qua поп успешной гомеопатической практики.

Кожный туберкулиновый тест (проба Манту)

Об этом тесте американский педиатр проф. Роберт Мендельсон в свое время писал следующее: «Родители вправе предполагать (и большинство так и делает), что исследования, проводимые их врачом, обеспечивают точные результаты. Кожный туберкулиновый тест отнюдь не является медицинской процедурой такого рода. Даже Американская академия педиатрии, редко дающая негативную оценку процедурам, принятым в каждодневной практике ее членов, опубликовала критическое заявление относительно этого теста. Согласно этому заявлению, «несколько недавних исследований заставляют усомниться в чувствительности некоторых скрининг-тестов туберкулеза. Конференция, собранная Бюро по биопрепаратам (Bureau of Biologies), рекомендовала производителям, чтобы каждая серия тестировалась на пятидесяти заведомо позитивных пациентах для гарантии того, что производимая продукция обладает достаточными возможностями определения активного туберкулеза у любого тестируемого. Тем не менее, поскольку многие тесты не проводятся двойным слепым рандомизированным методом, и включают многие одновременно проводимые кожные пробы (то есть имеется возможность подавления реакций), то интерпретация их затруднена». Заявление завершается следующим образом: «Скрининг-тесты туберкулеза несовершенны, и врачи должны знать, что возможны как ложноположительные, так и ложноотрицательные результаты». Короче, у вашего ребенка может быть туберкулез и при негативной туберкулиновой пробе. Или у него туберкулеза может не быть, несмотря на положительный тест. Со многими врачами это может привести к тяжелым последствиям. Почти несомненно, что если это случится с вашим ребенком, то он будет подвергнут ненужному и опасному одно- или многократному рентгеновскому исследованию грудной клетки. Кроме того, доктор может назначить ему опасные лекарства – например, изониазид на долгие месяцы, «для предотвращения развития туберкулеза». Даже Американская медицинская ассоциация признает, что доктора неразборчиво и слишком часто назначают изониазид. Это позор, потому что данное лекарство имеет длинный список побочных реакций со стороны

нервной, желудочно-кишечной, кроветворной и эндокринной систем, а также оказывает влияние на костный мозг и кожу. Не следует упускать из виду и то, что ваш ребенок может стать парией среди соседей из-за глубоко укоренившегося страха перед этим инфекционным заболеванием. Я убежден, что возможные последствия положительного кожного туберкулинового теста намного опаснее самой болезни. Я считаю, что родители должны отвергнуть этот тест до той поры, пока они не будут точно знать, что их ребенок контактировал с больным туберкулезом»[1083].

Заведомая приблизительность и неточность этого теста, как мы видим, известна даже в тех странах, в которых детей не инфицируют микобактериями с самого рождения, то есть не делают прививку БЦЖ. Наличие такой прививки в анамнезе еще сильнее запутывает дело, о чем речь пойдет ниже. Пока что посмотрим, насколько прав в своих рассуждениях проф. Мендельсон.

Согласно аннотации производителя («Авентис Пастер») к биопрепарату «Туберосол», которым проводится такая проба[1084], основным его компонентом является очищенная белковая фракция, полученная из штамма человеческой M. tuberculosis, выращенная на безбелковой синтетической среде и затем инактивированная. Готовый препарат представляет собой изотонический буферированный раствор, в который, кроме главного действующего компонента, добавлены «Твин-80» (0,0005 %) в качестве стабилизатора и фенол (0,28 %) в качестве консерванта. Чтобы у читателей не оставалось сомнений относительно этой смеси, сообщу, что фенол, он же карболовая кислота, считается одним из сильнейших клеточных (протоплазматических) ядов, а все разговоры о его якобы безвредности в такой невысокой-де концентрации – не более чем гадание на кофейной гуще, ибо никто и никогда не проводил исследований, призванных оценить долговременные последствия даже одно-, не говоря уже многократного введения фенола детям (проба Манту в некоторых странах, в том числе в России, повторяется ежегодно). Известна способность фенола подавлять иммунные реакции за счет блокирования фагоцитарного ответа. В токсических дозах он способен вызвать конвульсии, сердечную и почечную недостаточность[1085]. О «Твине-80», он же моноолеат поли-оксиэтиленсорбита, он же полисорбат-80, в одном исследовании сообщается, что он обладает

эстрогенной активностью: при введении внутрибрюшинными инъекциями новорожденным самкам крыс на четвертый – седьмой день после рождения он вызывал эстрогенные эффекты, включая раннее открытие влагалища, удлинение эструса и постоянный эструс. Некоторые из этих эффектов наблюдались много недель спустя после того, как использование препарата было прекращено[1086]. В выводах совсем свежей публикации прямо сообщается: «Повсеместно используемый полисорбат-80… может вызывать тяжелые неиммунные анафилактоидные реакции»[1087].

Как уже догадываются читатели, ни на канцерогенный, ни на мутагенный потенциал «Туберосол» не испытывался. Также не проводились испытания и на беременных животных.

Российскими авторами, представляющими Измайловскую детскую городскую клиническую больницу Москвы, НИИ детской гематологии МЗ РФ и РГМУ, было описано развитие идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей, которым проводилась проба Манту. Это болезнь крови, при которой резко снижается количество тромбоцитов. Когда оно падает ниже критического уровня, больные гибнут от кровоизлияния в мозг. «…Туберкулин не является полноценным АГ (антигеном – *А. К.*), на его введение не вырабатывается антительный иммунный ответ. Следовательно, туберкулин, казалось бы, не может быть причиной возникновения различных осложнений… свойственных вакцинным препаратам. Однако мы наблюдали случаи возникновения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) у детей после проведения ПМ (пробы Манту. – *А. К.*). В литературе мы встретили единичное сообщение о подобном наблюдении… За период с 1997 г. по 2002 г. мы наблюдали 10 больных в возрасте от 3 до 13 лет… ИТП у этих детей возникла на 2–20-й день от постановки ПМ… Другие возможные провоцирующие факторы по развитию ИТП у этих больных были исключены»[1088]. Шесть детей выздоровели, у четырех болезнь стала хронической. Вряд ли подобное осложнение наблюдалось исключительно в Москве и исключительно в период с 1997 по 2002 г., хотя сообщения о нем и не попадали в научную периодику. Проба Манту в России делается уже десятки лет, и остается только догадываться, сколько детей с ее помощью были награждены острой или хронической болезнью крови. Но каким образом проба Манту, в

безопасности которой так уверены вакцинаторы, старающиеся ту же уверенность привить и родителям, могла вызвать пурпуру? Авторы пишут: «Препарат туберкулина содержит соли фосфатного буферного раствора, стабилизатор Твин-80, фенол в качестве консерванта и следовые количества балластных веществ. Все они, теоретически, могут быть причиной аллергических реакций. Можно предположить накопление и переизбыток антигенов и усиление адъювантного эффекта, особенно у детей с аллергической настороженностью. *Иммуномодулирующий эффект* на введение туберкулина также, по нашему мнению, может быть одним из механизмов развития ИТП… Кроме того, нельзя не учитывать, как нам кажется, и *психогенный эффект* при проведении ПМ…»[1089].

Использование препарата призвано оценить отсроченную гиперчувствительность к туберкулину, что должно являться свидетельством наличия или отсутствия инфицирования микобактериями туберкулеза. Препарат в дозе 0,1 мл вводится внутрикожно[1090]. Реакция на введение туберкулина, проявляющаяся уплотнением вследствие инфильтрации лимфоцитами и отека тканей, начинается через пять-шесть часов и достигает своего пика спустя 48–72 часа. Именно в этом промежутке времени она и должна оцениваться и регистрироваться в документах. Производитель замечает, что могут возникать реакции гиперчувствительности немедленного типа (то есть аллергические) – на туберкулин или на компоненты смеси, но «диагностического значения эти аллергические реакции не имеют»[1091]. В аннотации указывается, что существует немало факторов, которые могут снизить выраженность реакции и при наличии туберкулеза, диагностировать который призвана проба Манту, как-то: вирусные инфекции (корь, свинка, ветрянка, СПИД «и, вероятно, другие») и прививки живыми вакцинами (от кори, свинки, краснухи, полиомиелита оральной полиовакциной, желтой лихорадки) в течение пяти-шести недель после болезни или процедуры; диссеминированный туберкулез, другие бактериальные инфекции, лекарства (кортикостероиды и большинство иммунодепрессантов), онкологические заболевания – короче, все, что может каким-либо образом негативно влиять на клеточный иммунитет. Препарат должен применяться с осторожностью или не применяться вообще у лиц, страдающих туберкулезом (непонятно: с какой целью? – *А. К.*) или с

историей лечения туберкулеза в анамнезе, так как возможны тяжелые реакции в месте инъекции, вплоть до некроза тканей. Производитель предупреждает о необходимости соблюдения строжайшей стерильности и использовании одноразового инструмента, поскольку «зарегистрированы случаи передачи гепатита и ВИЧ при несоблюдении стерильности». «Туберосол» может вызвать анафилактический шок, почему и необходимо иметь под рукой наготове раствор (1:1000) гидрохлорида эпинефрина. Нарушение правил хранения препарата может привести к ошибке в интерпретации теста.

Таким образом, на результаты введения туберкулина может влиять множество факторов – от индивидуальной повышенной чувствительности (что скорее норма, а не исключение в наш век тотальной сенсибилизации) до несоблюдения правил хранения препарата[1092]. Одно это заставляет усомниться в целесообразности этой процедуры, так как подозрение в наличии туберкулеза может привести к вредному и при этом совершенно бессмысленному облучению в рентгеновском кабинете и далеко не безобидному «профилактическому лечению»[1093], не говоря уже о составе инъекционного раствора, использующегося для пробы Манту, который даже самый отчаянный прививочный активист вряд ли наберется смелости охарактеризовать как совершенно безобидный для ребенка. Но этим далеко еще не исчерпываются все проблемы с пробой Манту. Проводимая в ряде стран (насколько мне известно – практически во всех странах СНГ и Восточной Европы) прививка БЦЖ еще более запутывает и без того нелегкую интерпретацию результатов теста[1094]. Производитель «Туберосола» сообщает: «Прививка БЦЖ может вызывать реакцию на туберкулин, которую нельзя с уверенностью отличить от инфицирования M. tuberculosis. Для тех, кто был ранее привит вакциной БЦЖ, вероятность реакции на туберкулин как следствие инфицирования M. tuberculosis увеличивается 1. с увеличением места реакции 2. контактом с больным туберкулезом в анамнезе 3. если пациент является выходцем из страны с высокой заболеваемостью туберкулезом 4. с увеличением времени, прошедшего между вакцинацией и тестом. Например, если размер реактивного инфильтрата – 10 мм у взрослого, привитого в детстве БЦЖ и прибывшего из страны с высокой заболеваемостью туберкулезом, то он, вероятно, инфицирован M. tuberculosis»[1095]. Это вполне соответствует

заявлению ВОЗ: «Несмотря на огромное число исследований, выполненных со времен Роберта Коха, мы все еще не располагаем простым чувствительным тестом, который позволил бы отличать большинство или всех больных активной формой туберкулеза от больных неактивным туберкулезом, или от лиц, ранее вакцинированных БЦЖ…»[1096].

Все эти «вероятно инфицирован» и иные высоконаучные гадания вокруг возможных причин правильных и неправильных реакций вряд ли могли бы что-либо вызвать кроме смеха и скорее годились бы для трудов середины, в лучшем случае конца XIX в., но вся беда в том и состоит, что это и есть современная массовая «диагностика» туберкулеза! Анализу «научных» результатов «папула больше – папула меньше, и как это следует понимать» в аннотации уделена целая страница, причем, разумеется, на размер влиять может столько факторов, что разгадывание увлекательной головоломки под названием «проба Манту» только в одной школе могло бы обеспечить работой на полную ставку коллектив опытных фтизиатров, если бы учитывалось все, что только должно учитываться. Проф. Е. Овсянкина, главный специалист по туберкулезу департамента здравоохранения г. Москвы, заявляет в интервью популярной газете следующее: «На результат пробы могут оказать воздействие и другие обстоятельства – ребенок может натереть область инъекции, намочить ее. Наконец, поскольку туберкулин является по своей сути аллергеном для организма, у ребенка-аллергика реакция может быть более бурной. Все эти факторы должен оценить специалист-фтизиатр – вот почему не надо пугаться, если по результатам пробы ребенка направят для консультации в противотуберкулезный диспансер». И дальше: «Момент, когда инфекция впервые попадает в организм ребенка, а тем более активизируется в нем, достаточно ответственный. Многое зависит от состояния иммунитета – если он в порядке, то туберкулезная палочка «мирно сосуществует» с организмом. Если же ребенок ослаблен – а мы знаем, что в начальный школьный период, равно как и в подростковом возрасте, достаточно стрессов: это и учебные нагрузки, и эмоциональные, и физические, это, наконец, процесс бурного роста и изменений в организме, – то болезнь может пустить корни. Чтобы предотвратить возможность такого развития ситуации, ребенок должен не менее года наблюдаться в ПТД и при необходимости получить

превентивное, или предупредительное, лечение». Волнующихся относительно результатов вздорных туберкулиновых опытов родителей можно, впрочем, и успокоить: «К 25 годам значительная часть населения – до 85 % – инфицируется микобактериями туберкулеза, то есть у большинства туберкулезная палочка рано или поздно в организм попадает… «Взять верх» в борьбе с иммунитетом она может только в подходящих для этого условиях: при резком ухудшении жизненных условий – голоде, холоде, отсутствии нормальной гигиены и т. п.»[1097].

Это именно то, о чем писал д-р Мендельсон, лишь сказанное немного другими словами и применительно к другой ситуации. Фтизиатр не обогреет и не накормит ребенка, не снимет никаких стрессов и не снизит школьную нагрузку – то есть не сделает самого главного, что могло бы кардинально исправить ситуацию. Наоборот, ко всему этому он еще добавит «превентивное, предупредительное» химиотерапевтическое лечение высокотоксичными лекарствами – новый тяжелейший стресс, который неминуемо приведет к другим болезням. Думаю, что читатели согласятся с Г.П.Червонской, написавшей в своей книге: «Некорректность проведения этой «диагностической» пробы в принятой последовательности – предварительно БЦЖ – живые микобактерии, а после нее – реакция Манту – уже давно не вызывает сомнений ни в одной стране, ни у одного думающего специалиста. Это яркий пример абсурдного действия отечественного Минздрава, отсутствия знаний, активной имитации «безальтернативности» метода и нежелания вникнуть в проблему при монопольном праве вакцинаторов безответственно рисковать здоровьем нации, поскольку туберкулин, вводимый чрезкожно, является дополнительным аллергеном… Происходит навязывание долголетней иллюзии «принятых мер контроля» за туберкулезом, оставшимся непобежденным»[1098].

Относительно осложнений на «Туберосол» производитель сообщает о везикуляции, изъязвлении и некрозе в месте введения препарата у повышенно чувствительных лиц как о редких; зуд, боль и ощущение дискомфорта могут быть облегчены холодными примочками и местным использованием кортикостероидов (что, насколько я понимаю, делает последующую интерпретацию теста невозможной по определению). Редко могут случаться и немедленные местные эритемные реакции, а также генерализованная сыпь.

Вакцина

Единственная имеющаяся сегодня вакцина против туберкулеза, БЦЖ, производимая сорока фирмами и названная по именам разработавших ее в первой четверти прошлого века французов Альбера Кальметта и Камилла Герена (Bacillus Calmette-Guerin), основана на M. bovis, как указывалось выше – родственной микобактерии туберкулеза человека. Эта вакцина является фактической прародительницей всех современных вакцин, истинным анахронизмом медицинской практики. Подобным же анахронизмом выглядело бы, наличествуй оно в сегодняшней медицине, лечение больных туберкулезом исключительно кумысом, сосуществовавшее некогда вместе с БЦЖ и признававшееся вполне успешным (строились даже специальные кумысолечебницы). Вакцине БЦЖ в 2008 г. будет уже сто лет, и сто миллионов детей (разумеется, в основном в развивающихся странах) получают ее ежегодно. Не стихающие вот уже 80 лет (прививка была рекомендована Гигиеническим комитетом Лиги Наций в 1923 г.) дебаты о месте этой вакцины, оставляющей у детей на месте своего введения сначала гноящуюся язву, а потом рубец[1099], в ряду иных противотуберкулезных мероприятий сами по себе являются лучшим свидетельством крайне сомнительной ее эффективности. Данные исследований этой вакцины в высшей степени противоречивы и не поддаются решительно никакой интерпретации в рамках здравого смысла. Так, в самых крупных исследованиях, проводимых с 1946 г., вакцина показала следующую эффективность: от 80 % (1946–1949, США) до 14 % (США, 1950–1960-е гг.) и даже… 0 %! (Индия, 1968–1970). Подробнее о последнем исследовании я скажу ниже.

Справедливости ради следует также сказать, что вообще с идеей создания противотуберкулезной вакцины связано много проблем даже в самой теории. В отличие от иных инфекционных болезней, контакт людей с которыми случаен и недолговременен, микобактерии туберкулеза и родственные им бактерии сопутствуют человечеству уже тысячи лет, находятся в нашем постоянном окружении и даже, вероятно, передаются от родителей детям. Все это обеспечивает в большей или меньшей степени (которая зависит от генетической предрасположенности, интенсивности контакта с возбудителями и их

вирулентности) иммунитет к болезни. С другой стороны, как и в случае дифтерии или столбняка, естественная болезнь не оставляет за собой иммунитета[1100]. Но что лучшее может предложить в таком случае вакцина?

Технологический процесс сублимации вакцины разнится от производителя к производителю, в результате чего значительно варьируется и количество жизнеспособных и мертвых микобактерий в вакцинах разных компаний. Это может также быть частичным объяснением однозначно установленной неэффективности многих вакцин.

Прививка БЦЖ считается технически трудной для выполнения, особенно у младенцев. Наиболее распространенная ошибка – слишком глубокое введение иглы, когда вакцина попадает в подкожный слой и вызывает образование абсцесса.

Лучшие результаты вакцина БЦЖ показала в профилактике проказы, также вызываемой микобактериями. Впрочем, для читателей эта проблема вряд ли актуальна, а потому касаться ее здесь я не буду; отмечу лишь, что именно проказа является, согласно ВОЗ, одним из стимулов для продолжения БЦЖ-кампании в африканских и азиатских странах.

Прежде чем мы обсудим эффективность и безопасность вакцины, для тех читателей, которые любят заниматься подсчетами, предложу следующие цифры ВОЗ, повторяющиеся во многих публикациях. Стоимость одной прививки БЦЖ – 0,1–0,2$, что включает в себя стоимость вакцины (0,05–0,09$) и стоимость одноразового шприца и иглы. Для того чтобы, даже по самой благоприятной для БЦЖ статистике, предотвратить один случай заболевания туберкулезом в детском возрасте, необходимо привить от одной до двух тысяч детей, в то время как стоимость медикаментов для полугодового лечения туберкулезного больного по протоколу DOTS составляет от 11 до 19$, которых в бюджете здравоохранения нет, особенно для находящихся в местах заключения. Учитывая сохраняющуюся российскую заболеваемость туберкулезом на уровне стран третьего мира, в том числе и среди детей, практически стопроцентно привитых БЦЖ в роддомах, выводы относительно рациональности нынешних расходов на эту прививку напрашиваются сами собой.

Безопасность

У БЦЖ дурная слава вакцины, ответственной за несколько совершенно чудовищных случаев массовой гибели детей. В период с 10 декабря 1929 г. по 30 апреля 1930 г. 251 ребенок из 412, рожденных в Любеке (Германия), получил три дозы вакцины БЦЖ (через рот[1101]) в течение первых десяти дней жизни. Из этого числа 72 ребенка умерли от туберкулеза, большинство в возрасте от двух до пяти месяцев жизни, и все, кроме одного – до истечения первого года жизни. 135 страдали от туберкулеза, но, вероятно, выздоровели. У 44-х туберкулиновая проба стала положительной, но они не заболели. Никто из оставшихся непривитыми детей (161 ребенок) не заболел туберкулезом – ни в тот момент, ни в течение трех ближайших лет, когда проводилось наблюдение. Исследование вакцины, полученной из Института Пастера, показало, что она была каким-то непонятным образом инфицирована, но при этом было заявлено, что сама она все же была безопасной и эффективной, поскольку использование той же серии в других странах обошлось без инцидентов. Аналогичная история ранее произошла в Пернике (Болгария), о чем было сообщено на суде, разбиравшем любекское дело. Из 280 детей, привитых после рождения БЦЖ, 111 умерли, а 75 тяжело заболели[1102].

Из последних достижений БЦЖ в деле увеличения заболеваемости туберкулезом можно отметить сообщение из казахстанского города Жанатаса о заражении в конце 1997 г. 153 (по некоторым источникам – 173) детей после прививки БЦЖ, двое из которых скончалось, а остальные получили тяжелые хронические болезни. Расследование выяснило, что врачи и медсестры… не смогли правильно прочесть название препарата и вводили детям десятикратную дозу БЦЖ вместо вакцины от паротита. Более того. Уже зная, что они совершили ошибку, медики пытались всячески скрыть ее. Детей, страдавших от обширных гнойных абсцессов на спине, куда делались уколы, лечили ударными дозами мощных антибиотиков, что у многих вызвало ухудшение состояния. Как обычно это бывает в таких случаях, медики ни в чем себя виновными не признали, а власти не выказали никакого интереса к судьбе пострадавших детей. И лишь когда родители стали блокировать железнодорожные пути и к делу подключились правозащитные

организации и пресса, началось разбирательство. В итоге никто из виновных не только не был осужден к заключению за халатность, но даже не был лишен права на медицинскую практику; некоторые вскоре получили повышение. Максимальная сумма, которая была уплачена по решению суда (после двухлетнего процесса) в виде компенсации матери одного искалеченного мальчика (на фоне массивной БЦЖ-инфекции у него развились тяжелый порок сердца и гепатит), составила… примерно 1260 долларов. Основная часть истцов получила суммы в 2,5 раза меньше[1103].

Конечно, такие истории достаточно редки, хотя при этом вряд ли кто-то может усомниться, что нам становится известно лишь о таких, масштаб которых уже не позволяет скрывать факты. Если же речь идет об отдельных случаях, то под рукой всегда окажется такой диагноз, как СВДС, менингит и пр. Д-р Жан Эльмигар писал в своей книге «Повторное открытие настоящей медицины: горизонты гомеопатии»: «Каждый раз, когда вы слышите о трагической смерти младенца в первые недели жизни от «вирусного менингита», у вас есть право подозревать, что дело здесь не обошлось без БЦЖ. Моя жена пережила эту трагедию, когда работала в крупном шведском госпитале. Вскрытие ребенка обнаружило туберкулезную природу этого «вирусного» менингита, развившегося после прививки БЦЖ, но все санитары и медсестры получили совершенно четкие инструкции ничего об этом не говорить, или же им не поздоровится. Как и во всех тайных сообществах, закон молчания имеет абсолютную власть среди врачей!»[1104]. А Г. П. Червонская пишет: «Поскольку доказано, что процесс вакцинации БЦЖ происходит по схеме, которая наблюдается при естественном течении туберкулеза… то и здесь нельзя исключить занесение живых «ослабленных» микобактерий БЦЖ-М в мягкие мозговые оболочки. Тем более, что заболевание нервной системы туберкулезной этиологии вторично, наступает после возникновения первичного очага в лимфатических узлах. «Очаг» этот – самое широко распространенное осложнение после БЦЖ – лимфадениты…»[1105].

Минздрав РФ в своей инструкции от 1995 г. об осложнениях прививки БЦЖ сообщает следующее: «В настоящее время действует классификация постпрививочных осложнений, предложенная в 1984 г. Международным союзом по борьбе с туберкулезом ВОЗ. Осложнения делятся на 4 категории: 1 категория – локальные кожные поражения

(холодные абсцессы, язвы) и регионарные лимфадениты; 2 категория – персистирующая и диссеминированная БЦЖ-инфекция без летального исхода (волчанка, оститы и др.); 3-я категория – диссеминированная БЦЖ-инфекция, генерализованное поражение с летальным исходом, которое отмечается при врожденном иммунодефиците; 4-я категория – пост-БЦЖ-синдром (проявления заболевания, возникшие вскоре после вакцинации БЦЖ, главным образом аллергического характера, узловатая эритема, сыпи и т. д.). В нашей стране осложнения после вакцинации, ревакцинации БЦЖ, БЦЖ-М[1106] обычно носят местный характер и отмечаются сравнительно редко (у 0,2 %, 0,0004 % к числу привитых новорожденных и у 0,001 %, 0,0001 % у ревакцинированных детей и подростков)»[1107]. У Минздрава с последствиями прививок, как всем известно, всегда все замечательно, а осложнения «отмечаются сравнительно редко», при этом, отметим, во много раз меньше, чем в других странах. Коллектив сотрудников Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, опубликовавший статью об осложнениях БЦЖ, настроен куда менее радужно, предлагая свое объяснение приятной минздравовской статистики: «Мы совершенно убеждены в том, что кажущееся большим число детей с БЦЖ-оститами (в клинике ежегодно оперируют 15–20 пациентов) на самом деле существенно ниже истинной статистики патологии. Сопоставление отечественных (0,3 на 100 000 вакцинированных)… и зарубежных (1,2–36,9 на 100 000 вакцинированных) данных… четко свидетельствует о том, что большинство БЦЖ-оститов в России вообще не регистрируются противотуберкулезными учреждениями, а сведения об их клинических и рентгенологических особенностях врачам общей лечебной сети практически неизвестны»[1108]. Фтизиатры из Луганского государственного университета и Луганского областного противотуберкулезного диспансера отмечают утяжеление осложнений прививки БЦЖ: «В большинстве случаев осложнения после вакцинации БЦЖ носят местный характер.

В последние же годы мы встретились с такими редкими поствакцинальными осложнениями, которые связаны с диссеминацией и генерализацией БЦЖ-инфекции и сопровождались поражением различных групп лимфатических узлов, кожи, костно-суставной системы, протекали по типу тяжелого общего заболевания с полиморфной клинической симптоматикой, обусловленной

туберкулезным поражением различных органов и систем. Причинами этих осложнений были прежде всего неправильный отбор детей на вакцинацию из-за недостаточно квалифицированного анализа противопоказаний к ней, отсутствие учета сопутствующей патологии и измененной реактивности детей, а также отсутствие фтизиатрической настороженности»[1109]. Авторы скромно умолчали о том, что именно критикуемый ими «неправильный отбор детей на вакцинацию», за который приходится платить надолго, если не навсегда подорванным здоровьем, равно как и отказ родителям в праве выбора (информированного или вообще любого), обеспечивает столь необходимую вакцинаторам *массовость* этой процедуры.

Таким образом, прививка, эффективность которой в самом лучшем случае под большим сомнением, может стать причиной и тяжелой болезни, и смерти прививаемого. Оговорка относительно врожденного иммунодефицита лишена какого-либо практического значения, поскольку определить наличие такого иммунодефицита не то что в первую неделю жизни, когда делается прививка, – и в течение первого года не всегда удается. А ребенок к тому времени получит уже немало прививок, в том числе и живыми вакцинами, которые ему категорически противопоказаны, так что диагноз иммунодефицита ему будет поставлен лишь постфактум. Об этом я писал в главе «Поствакцинальные осложнения».

Согласно японским авторам, чаще всего встречаются следующие осложнения прививки БЦЖ: лимфаденит наблюдался в 1,06 % случаев; лимфоаденопатия – 0,73 % и гнойный аденит – 0,02 % случаев; в 0,006 % случаев аденит потребовал хирургического лечения. «Крайне редко» встречались остеомиелит и диссеминированная БЦЖ-инфекция[1110]. Вероятно, в России выше качество вакцин и отношение к прививаемым более внимательное, поскольку в одном из сравнительно недавних российских прививочных пособий статистика выглядит даже лучше, чем в упоминавшейся несколькими строчками выше инструкции Минздрава: лимфадениты возникали в 0,02–0,06 % (в 17,5–53 раза реже, чем в Японии!), а гнойные процессы в 0,001–0,005 % (в 4–20 раз реже) случаев. Кроме этого, в России указывается такое осложнение как «кальцинат в лимфоузле более 10 мм в диаметре» – 0,027 %[1111]. Неужели у россиян имеется какая-то особая генетическая устойчивость к развитию осложнений после БЦЖ? Для иллюстрации

богатства вакцинаторской фантазии, не знающей решительно никаких преград в обеспечении алиби прививкам, я процитирую сотрудницу Центрального НИИ туберкулеза РАМН Л. Митинскую, написавшую в своей статье следующее: «Отечественная вакцина БЦЖ полностью отвечает международным требованиям. Она наряду с высокой иммуногенностью обладает сравнительно низкой реактогенностью, характеризуется небольшой частотой побочных реакций или осложнений, отмечаемых у 0,02 % привитых. По данным многих зарубежных авторов, в других странах поствакцинальные осложнения встречаются гораздо чаще – у 1,5–4% привитых. При этом редко (1 случай на миллион привитых) наблюдаются поствакцинальные осложнения в виде ограниченных поражений костей (оститы, чаще нижних конечностей, так как прививки в этих странах делаются в области бедра). В России при вакцинации отечественной вакциной БЦЖ *ни в одном случае* не зарегистрировано развитие оститов, *подтвержденных микробиологическим методом…*»[1112] (выделено мной. – *А. К.*). Тут не выдержала д-р В. Аксенова (сама, кстати, страстный адвокат прививки БЦЖ для младенцев) из НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И. М. Сеченова, написавшая комментарий к статье, в котором она указала, что не то что за всю историю использования отечественной БЦЖ – только за 2000–2001 гг. в ГИСК Л. А. Тарасевича направлены морфологически подтвержденные сведения о 10 костных осложнениях, в НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И. М. Сеченова за тот же период было обследовано 12 детей в возрасте от 6 мес. до 2 лет с поражениями костей, а в отделении костно-суставного туберкулеза СП НИИ фтизиопульмонологии постоянно получают лечение не менее 5–10 детей. Редакция позволила возразить на это Л. Митинской, которая объяснила, что читать надо внимательней. Она ведь ясно написала, что БЦЖ-оститы положено *подтверждать микробиологическим методом.* Ах, вы не делали такого исследования, удовлетворившись простым морфологическим? Ну тогда и говорить не о чем. Ясно, что к БЦЖ никакого отношения оститы у детей не имеют, дети сразу же после прививки обычным туберкулезом заболели, вот и все дела, совпало так просто[1113]. Воистину – все б это было так смешно, когда бы не было так грустно…

Представление о том, сколько же всего регистрируется осложнений прививки БЦЖ в России, может дать цитата из

официального документа Минздрава РФ: «Созданный при Минздраве России Республиканский центр по осложнениям после прививок против туберкулеза, куда направляются сведения обо всех случаях осложнений после прививки, зарегистрировал в 1995 г. 442 случая осложнений, в 1996 г. – 496. Показатель частоты поствакцинальных осложнений составил 21,1 на 100 тыс. привитых, что полностью соответствует международным требованиям к вакцине. Согласно фармацевтическим статьям, частота поствакцинальных лимфаденитов при использовании отечественной вакцины не должна превышать 60,0 на 100 тыс. привитых»[1114]. Не знаю, сильно ли обрадует родителей пострадавших детей тот факт, что осложнения «полностью соответствуют международным требованиям к вакцине», и были ли эти родители предупреждены о возможности таких осложнений, но сейчас хочу сказать о другом. И эти цифры, оказывается, далеко не полны. Из того же документа мы узнаем: «Очень высокие показатели частоты поствакцинальных осложнений выявлены в Республиках Марий Эл, Хакасия, Ярославской, Сахалинской, Ивановской, Новгородской, Смоленской, Орловской областях. Не зарегистрированы поствакцинальные осложнения в Республике Карелия, Мурманской, Ульяновской, Омской, Камчатской областях, Чукотском автономном округе. Такие различия прежде всего свидетельствуют о разных подходах к организации и оценке качества вакцинопрофилактики в территориях России»[1115]. Если говорить понятным простому смертному языком, то это означает, что в ряде областей России осложнения либо не регистрируются вообще, либо скрываются, так что точное число пострадавших остается неизвестным. В интервью местной газете на вопрос о количестве осложнений на прививку БЦЖ зав. кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Самарского медицинского института проф. Б. Е. Бородулин отвечает: «Я только могу сказать, что эти осложнения есть. И диссеминированная БЦЖ-инфекция тоже. Но точных цифр по городу я не могу вам сказать… Понимаете, вот мы делаем БЦЖ – это же профилактическая прививка. И если наступает после нее осложнение – это… нехорошо. Ведь мы фактически здорового человека заразили. Заразили ребенка. Поэтому статистика этих осложнений – ее стараются… Нет, она ведется. Но, к сожалению, может быть, не всегда… Кстати, по каждому осложнению составляется акт, прорабатывается… Но точно вам сказать, сколько осложнений, я не

готов… Даже при советской власти звучали такие фразы: осложнений от вакцины гораздо больше, чем заболевших туберкулезом невакцинированных. Но это надо проводить специальные исследования, выяснять, доказывать…»[1116]. Вот так.

Не могу здесь удержаться, чтобы не привести еще одно любопытное наблюдение. Говоря о количестве поствакцинальных осложнений, Г. П. Червонская в своей книге цитирует нескольких высокопоставленных представителей российской медицины. Например, неоднократно уже упоминавшийся в этой книге проф. В. К. Таточенко из Института педиатрии РАМН заявил на передаче В. В. Познера «МЫ» (8 июня 1997 г.), что осложнений от прививок в России – «один-два случая в год», а минздравовский чиновник Н. Н. Ваганов – «осложнений всего один случай на миллион привитых». Другой чиновник Минздрава А. А. Ясинский в интервью «Смене» в 1996 г. (№ 10) был значительно щедрее: «В один год осложнений до 400 случаев от всех вакцин»[1117]. Согласно данным, опубликованным на сайте Федерального центра Госсанэпиднадзора, которому данные поставляет ГНИИСК им. Л. А. Тарасевича (см. главу «Поствакцинальные осложнения»), в РФ регистрируется около 300 поствакцинальных осложнений в год. Однако, как мы только что выяснили, *лишь от одной вакцины БЦЖ* и при этом *по признанно заниженным данным,* в РФ регистрируется около 500 осложнений в год! Какова же цена всей «статистике» и сколько *тысяч* осложнений в год от всех вакцин случается в России в действительности?

По информации ВОЗ, прививка БЦЖ ведет к осложнениям в 1 % случаев или реже[1118].

В главе «Прививки: основные проблемы» настоящей книги упоминалось о домашних клещах как о модном в современных обсуждениях факторе, якобы способствующем развитию аллергии. В недавнем исследовании было показано, что БЦЖ увеличивает чувствительность к этим клещам[1119].

Можно здесь отметить и публикацию, в которой авторы показали, что через два – четыре года после прекращения массовых прививок БЦЖ, MMR и прививок, содержащих коклюшную вакцину, снижается заболеваемость детей сахарным диабетом 1-го типа (инсулинозависимым). Ими же было показано, что введение этих прививок в прививочные календари сопровождалось увеличением

заболеваемости сахарным диабетом 1-го типа, причем начала она расти именно через два – четыре года после начала вакцинации коклюшной вакциной или вакцинами MMR и БЦЖ[1120].

Я считаю важным подчеркнуть, что наличие прививки БЦЖ в анамнезе, по данным бывшего зав. кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Донецкого государственного медицинского университета проф.

may influence vaccine effectiveness and safety. *Bull. World Health Organ.* 1990; 68:93–108.

Б.В.Норейко, не улучшает, *а ухудшает* прогноз течения «нормального» туберкулеза. Если ранее в структуре заболеваемости туберкулезом преобладал доброкачественно протекающий первичный туберкулез, обычно заканчивающийся спонтанным выздоровлением, то сегодня на смену ему приходит вторичный туберкулез, характеризующийся тяжелым течением и высокой смертностью: «У невакцинированных детей деструктивные формы первичного туберкулеза практически не развиваются… Ребенок, вакцинированный хотя бы однажды, приобретает стойкую гиперчувствительность к туберкулезной инфекции, поскольку вакцина БЦЖ получена из бычьего штамма МБТ (микобактерий туберкулеза. – *А. К*). Диагноз первичного туберкулеза у вакцинированного ребенка является абсурдом. Ведь вакцинацию делают для того, чтобы изменить характер иммунного ответа, чтобы первичную встречу с вирулентной ТБ инфекцией заменить первичной вакцинацией. И позже закрепить достигнутый иммунитет еще двумя, тремя ревакцинациями в 7-, 14- и 18-летнем возрасте. О каком первичном туберкулезе можно говорить, если ребенок владеет поствакцинальным иммунитетом?… Первичный туберкулез в настоящее время может быть только у тех детей и подростков, которые по каким-то причинам были отведены от вакцинации, не были инфицированы и в течение всей жизни отрицательно реагировали на внутрикожное введение туберкулина. Мы на многие явления закрываем глаза, или мы устали, или так легче жить, повторяя старые истины и не видя отрицательной действительности. Загляните в детское и единственное в Украине специализированное подростковое отделение нашей клиники. Когда еще наблюдалось такое количество деструктивных форм туберкулеза у детей и, особенно, у подростков? Никогда. Я за 40 лет работы фтизиатром не видел такого

количества кавернозного туберкулеза с бактериовыделением, какое вижу сейчас. Почему это так? Да потому, что вакцинация БЦЖ, которая проводится в настоящее время внутрикожным методом, насчитывает немного времени. Я еще застал время, когда вакцину БЦЖ вводили энтерально по методу Деасиса. Эта вакцина поступала в кишечник и в большинстве случаев не обеспечивала развития поствакцинального иммунитета. Поэтому туберкулез у детей и подростков протекал чаще с чертами истинного первичного туберкулеза. Внутрикожное введение вакцины гарантирует изменение иммунного ответа у всех привитых детей. Развитие поствакцинального иммунитета приводит к тому, что все случаи туберкулеза у детей и подростков стали протекать по сценарию вторичного иммунного ответа клеточного типа, в арсенале которого заложена программа отторжения очага казеозного некроза. Если в прошлом за 20 лет я видел 1 первичную каверну в Донецкой области, то сейчас просто страшно смотреть на детей и подростков, у которых нет будущего, поскольку деструктивный туберкулез стал основной формой туберкулеза для этого возраста»[1121].

А вот цитата из выступления на недавней Первой Всероссийской конференции патологоанатомов екатеринбургского профессора Л. Гинзбурга: «Патоморфоз туберкулеза – понятие динамическое, он характеризуется не только ростом количественных эпидемиологических показателей, но и глубокими качественными изменениями самого возбудителя, структуры форм заболевания, его осложнений, причин смерти и патоморфологических проявлений. На секционном материале наблюдается увеличение числа остропрогрессирующих и генерализованных форм заболевания (казеозная пневмония, генерализованный туберкулез, туберкулезный базальный менингоэнцефалит и, пр.), таких специфических осложнений как туберкулез гортани и язвенный туберкулез кишечника, который нередко приводит к перитониту и кишечным кровотечениям. *Все чаще регистрируются внелегочные формы заболевания. У детей и подростков в патогенезе внелегочных форм заболевания, в том числе туберкулезных остеомиелитов, велика роль БЦЖ-инфекции*»[1122] (выделено мной. – *А. К.*).

Эффективность

Вкратце эволюцию оценки эффективности БЦЖ можно описать следующим образом. Ее создатели, вначале разрабатывавшие ее как прививку против туберкулеза для крупного рогатого скота[1123] и лишь потом решившие защищать ею людей, предполагали, что вакцина универсально эффективна. Довольно скоро выяснилось, что она не защищает от инфицирования микобактериями туберкулеза. Потом – что ни от чего не защищает взрослых. Затем – что не защищает детей от легочного, самого распространенного, туберкулеза. Вслед за этим появились сообщения, что и от других форм туберкулеза (суставов, костей) тоже защищает не так чтобы очень заметно… Короче, пока что остановились на том, что вакцина БЦЖ если и защищает от чего-то вообще, так исключительно *от самых тяжелых форм внелегочного туберкулеза* (например, туберкулезного менингита или милиарного туберкулеза), которых всегда было так мало, что даже инъекциям дистиллированной воды вполне можно было приписать решающую роль в уменьшении (или стабилизации) «внелегочной» туберкулезной заболеваемости, не говоря уже об улучшении условий жизни как возможном факторе положительных изменений. Вероятно, эти заветные «самые тяжелые формы», за которые все еще цепляются вакцинаторы, – последний рубеж перед объявлением, что вакцина совершенно неэффективна и никогда эффективной не была.

Главный фтизиатр Минздрава России, академик М. И. Перельман заявляет: «Существующая противотуберкулезная вакцина, которой человечество за неимением лучшего пользуется уже более 80 лет, откровенно слаба. К сожалению, хорошего, стойкого иммунитета после однократной прививки она не обеспечивает»[1124]. То же самое, впрочем, можно по справедливости сказать и о двух-, и о трехкратной…[1125]. Дело не в количестве уколов, а в нерешенной проблеме самой прививки!

Во многом практика массового БЦЖ-прививания является наследием почившего в бозе так называемого социалистического лагеря. По иронии, слово «лагерь» здесь как нельзя более точно указывает на то, что туберкулез неизменно должен был находить в лагерных условиях прекрасную почву для своего развития. Так, в

Польше прививками БЦЖ в обязательном порядке «охватывают» с 1955 г. Ныне там прививают сначала новорожденных, потом детей в возрасте 7 и 12 лет; ревакцинация проводится также в 18 лет. Согласно недавней публикации, вакцина у поляков дает осложнения в двух случаях на 10 000 прививок, то есть 0,02 % (при этом авторы, сами, вероятно, удивленные столь замечательным результатом, честно оговариваются, что количество сообщений об осложнениях вряд ли соответствует их истинному числу[1126]), а потому прививка «может считаться безопасным методом предотвращения туберкулеза»[1127]. При таком количестве прививок, казалось бы, туберкулез давно уже должен был превратиться в европейской Польше в музейный экспонат, но заболеваемость в 42 человека на 100 тыс. населения (на 1995 г.) свидетельствовала об обратном. Эпидемический порог, установленный ВОЗ для туберкулеза – 50 заболевших на 100 тыс. населения. Для иллюстрации приведу заболеваемость на 1995 г. в других «лагерных» и близко к ним стоявших странах, до сих пор не распростившихся с прививкой БЦЖ: Беларусь – 48 на 100 тыс. населения, Босния и Герцеговина – 62, Болгария – 37, Латвия – 60, Литва – 64, Молдова – 66, Россия – 58, Румыния – 102, Украина – 42, Хорватия – 47, Эстония – 41[1128].

Исследование, проведенное Лондонским факультетом гигиены и тропической медицины, показало, что эффективность вакцины БЦЖ, использованной в некоторых африканских странах, не превышает 20 % [1129]. Близка к этому и недавняя оценка коллектива авторов из Колумбии и США, изучавших влияние (или, скорее, отсутствие такового) БЦЖ на развитие туберкулеза, в том числе и у инфицированных ВИЧ: «Уровень защиты равнялся 22 % у пациентов, инфицированных ВИЧ, и 26 % у пациентов с отрицательным результатом исследования на ВИЧ… БЦЖ имеет ограниченную эффективность при всех формах туберкулеза, независимо от наличия или отсутствия ВИЧ-инфекции»[1130].

Указывается на зависимость эффективности прививки БЦЖ от географического положения страны. В тропических широтах преобладают атипичные микобактерии, обеспечивающие определенный естественный иммунитет к туберкулезу, так что БЦЖ здесь дополнительно ничем помочь не может. Более высокая ее эффективность обнаруживается в высоких широтах[1131].

Путаницы с прививкой добавляет и то, что судя по всему отсутствует даже приблизительное представление о том, каким образом взаимодействуют между собой различные виды возбудителя туберкулеза, постоянно находящиеся в окружающей среде, и разные штаммы вакцины БЦЖ. Какие-то виды могут полностью блокировать все провозглашаемые полезными эффекты этой вакцинации, делая ритуал проведения прививки БЦЖ в лучшем случае бессмысленным[1132].

Настоящим похоронным звоном по вакцине БЦЖ стало крупнейшее за всю ее историю (а по утверждению некоторых – и за всю историю прививок) и единственное оформленное согласно всем необходимым научным критериям исследование, проведенное в южной Индии. Для изучения были взяты два самых широко используемых штамма M. bovis – «Париж/Пастер» и «Дания/Копенгаген». Исследование показало *нулевую* эффективность вакцины БЦЖ как раз в той стране, где она в силу сложившейся эпидемической ситуации могла бы оказаться действительно полезной. Мало того. Заболеваемость туберкулезом оказалась выше среди привитых! Мне неизвестны иные примеры исследований вакцин, результаты которых оказались бы столь плачевны. Для реабилитации оскандалившейся вакцины была срочно созвана особая исследовательская группа. Итак…

«В 1968 г. Индийский совет медицинских исследований в сотрудничестве с ВОЗ и Национальной службой общественного здравоохранения США начали проводить контролируемые исследования в южной Индии. Активность двух применяемых вакцин была подтверждена на экспериментальных моделях; использовались различные дозировки; испытания проводились в районе, где обычны заражения микобактериями иными, чем M. tuberculosis. В этом испытании после 7,5 лет наблюдения изучение распределения новых случаев легочного туберкулеза не дало доказательств защитного эффекта вакцинации БЦЖ»[1133].

Анализируя ВОЗовский документ, посвященный катастрофическому провалу БЦЖ при испытаниях в Индии, не устаешь удивляться богатству человеческой фантазии, готовой искать любые возможные оправдания и объяснения, лишь бы не называть вещи своими именами. Например,«…по техническим причинам не было получено данных о наиболее тяжелых проявлениях заболевания у детей

– менингите и милиарных формах туберкулеза»[1134]. Ну не удивительно ли? Долгие годы твердили, что БЦЖ просто на диво хороша в защите от внелегочных форм туберкулеза. И когда появилась не то что возможность – крайняя необходимость срочно реабилитироваться за позорный провал в защите от легочных форм, вдруг появляются какие-то загадочные «технические причины»; при этом хотя бы для правдоподобия не уточняется, какие именно. Или: «…Можно предположить, что все экспериментальные модели, посредством которых отбирались вакцинные штаммы, являются непригодными»[1135]. А это как понимать? Когда теми же самыми штаммами прививали миллионы детей в десятках стран мира, то все экспериментальные модели считались прекрасно изученными и, само собой, пригодными. Но стоило провести по-настоящему полноценное исследование, как тут же появились сомнения в их пригодности, всех как на подбор! Почему не разобраться с ними раньше, *до того,* как стали прививать детей? «…Испытание не дало прямого доказательства о неэффективности вакцинации БЦЖ против туберкулеза для детей грудного возраста. Хотя дети грудного возраста подвергались вакцинации, было запланировано применение метода выявления случаев для обнаружения открытой формы легочного туберкулеза, который у детей встречается чрезвычайно редко. Усилия, предпринятые в этом испытании по выявлению случаев внелегочного туберкулеза, а именно шейного лимфаденита, показали, что эти формы также весьма редки в районе испытаний»[1136]. Что же помешало выбрать подходящий район, где и открытая форма, и шейный лимфаденит как следствие внелегочной формы у грудных детей распространены, и БЦЖ могла быть сказать свое веское слово, продемонстрировав значительное снижение заболеваемости среди малышей? Или такое дипломатичное заявление: «Поскольку некоторые формы туберкулеза у детей бывают трудно распознаваемы, оценка эффективности вакцинации БЦЖ как средства профилактики детского туберкулеза может оказаться затруднительной»[1137]. Для чего же тогда вообще исследование затевалось? Если полученные результаты подойдут, то приписать их БЦЖ, а если не подойдут – списать все на затруднительность оценки? Короче, провал провалом, а вывод выводом, и не было между ними никакой связи: «Исследовательская группа рекомендует продолжать использование БЦЖ в качестве антитуберкулезного средства. Таким

образом, исследовательская группа в принципе согласилась с текущей политикой в области вакцинации БЦЖ… Следует направить все усилия на идентификацию тех местных факторов, которые, вероятно, могут влиять на результат вакцинации БЦЖ…»[1138]. Убожество и издевательство над здравым смыслом – вот точные определения, характеризующие отчет ВОЗовской исследовательской группы.

Похожие объяснения провала испытаний БЦЖ в Индии были даны представителем лаборатории БЦЖ при Институте Пастера в Париже: различная степень загрязнения микобактериями окружающей среды, генетическое разнообразие прививаемого населения, условия жизни, качество штаммов вакцины и проблемы с наблюдением за туберкулезом у детей[1139]. Когда объяснить очевидный провал вакцины призвано столько факторов, то невольно возникает мысль, что прививку можно спокойно вынести за скобки туберкулезного уравнения со многими неизвестными, а само уравнение решать так же, как это делается со всеми «беспрививочными» инфекционными болезнями, тем паче что для обычного туберкулеза не характерно стремительное течение и для лечения его существуют эффективные лекарства.

Отказ ВОЗ немедленно и навсегда покончить с этой прививкой после проведенного исследования очень показателен. Более того – прививка БЦЖ… была включена в Расширенную программу иммунизации (РПИ) в 1974 году! Репутация провалившейся вакцины, а с ней косвенно и всех иных прививочных кампаний ВОЗ, оказалась дороже здравого смысла и элементарной объективности.

Впрочем, уроки из этого опыта ВОЗ все же извлекла. Более таких экспериментов под ее эгидой уже не ставилось – хватило и одного. А Отдел исследования тропических болезней при ВОЗ заявил недавно, что, в отличие от имеющихся сейчас великолепных возможностей контроля туберкулеза, ограничиваемых лишь финансовыми средствами, разработка эффективной вакцины, которая могла бы стать великим благом, связана с огромными техническими трудностями. Среди последних были названы отсутствие животных, на которых можно было бы смоделировать туберкулез человека, и недостаточное понимание тех иммунологических процессов, которые лежат в основе иммунитета к этой болезни[1140]. Говоря попростому, ВОЗ уже надоело бесконечно выбрасывать деньги на прививочно-туберкулез-ные исследования, не ведущие ни к какому ощутимому результату, а

поэтому вопрос о новой вакцине даже не включен в последние стратегические задачи (strategic emphases) по туберкулезу, в которых нашлось место и для разработки новых лекарств, и для улучшения существующих диагностических тестов, и для исследования социального поведения и его роли в заболеваемости туберкулезом, и даже для определения в этом роли пола[1141].

Посмотрим теперь, как проповедники прививок пытаются убедить публику и даже друг друга в эффективности прививки БЦЖ. Вакцинаторы В. К. Таточенко и Н. А. Озерецковский пишут в агит-брошюре, выпущенной Центром гигиенического образования населения в Москве по заказу Министерства здравоохранения РФ: «Вакцинация БЦЖ надежно защищает ребенка от заболевания наиболее тяжелыми формами туберкулеза; в России заболеваемость туберкулезом привитых детей в 15 раз меньше, чем непривитых»[1142]. Не будем останавливаться на очевидно напрашивающемся вопросе, так заболевание чем же именно, по мнению авторов, столь эффективно предотвращает прививка БЦЖ *(наиболее тяжелыми* или *любыми* формами туберкулеза?), спросим другое: откуда вообще берется для сравнения контингент не прививаемых БЦЖ, если она делается насильно и массово во всех российских роддомах в течение первых дней жизни ребенка? Или этот контингент представлен недоношенными и столь тяжело больными детьми, которых при всем желании и настойчивости вакцинаторов привить было невозможно? И его сравнивают со здоровыми привитыми и делают вывод в пользу прививок? Этот статистический фокус-покус («сравнение заболеваемости и смертности привитых и непривитых неизменно говорит в пользу прививок») известен и разоблачен уже давно. Свыше 130 лет назад д-р В. Рейтц указывал в своей книге: «Известно, что прививают оспу лишь здоровым, все же хилые и слабые исключаются. Неудивительно будет, что при заболевании тех и других оспой последние должны дать больший процент смертности, который, следовательно, не будет зависеть от непривития, а будет обуславливаться общим состоянием здоровья. К тому же никто не может оспаривать, что большое число непривитых принадлежит к самым бедным классам народонаселения, а коль скоро захварывает бедный… живущий в дурной гигиенической обстановке, то понятно, что у него какая бы острая болезнь ни развилась, всегда она будет вести

к более трудным формам, дающим и больший % смертности… Следовательно, сравнивать смертность слабых и болезненных субъектов, находящихся в дурных гигиенических условиях, со смертностью тех, которые находятся в благоприятных гигиенических условиях, невозможно…»[1143]. Внимательный анализ подтверждает эти мысли и в отношении самых опасных форм внелегочного туберкулеза, спасение от которых якобы даруется прививкой БЦЖ: «За период с 1980 по 1999 г. в детском отделении ТКБ (туберкулезная клиническая больница № 7 Москвы) находились 34 ребенка раннего возраста с менингитом туберкулезной этиологии… 21 ребенок из 34, находившихся в нашем отделении по поводу туберкулезного менингита, не был вакцинирован вакциной БЦЖ, а у 7 вакцинированных детей отсутствовали «рубчики»[1144]. На этом авторы, чтобы, вероятно, не сказать лишнего, экскурс в прививочную историю заканчивают, и читателю остается догадываться самому, что у 6 детей имелась и прививка, и «рубчики» – свидетельство прививочной благонадежности – в должном размере, что не помешало им заболеть туберкулезным менингитом. Причин, по которым 21 ребенок остался без прививки в стране 95–99 %-ного охвата БЦЖ, авторы нам не сообщают, но эти причины становятся вполне очевидны из анамнестических сведений: «Необходимо отметить, что диагностику заболевания затрудняли неблагоприятный преморбидный фон и большая частота сопутствующих заболеваний в анамнезе большинства детей: родовая травма (3), врожденный порок развития (3), перинатальная энцефалопатия (И), недоношенность (4), гемолитическая болезнь (1), рахит (16), аллергический дерматит (13), частые острые респираторные вирусные инфекции (21). В социально-дезадаптированных семьях проживали ¾ детей: неполные семьи, семьи алкоголиков, семьи мигрантов и лиц, пришедших из мест лишения свободы»[1145]. Требуются ли к этим сведениям еще какие-либо комментарии?

Другой пример: «…У больных туберкулезом детей, выявленных из семейного контакта, объем вакцинации БЦЖ в периоде новорожденности – 88,5 % – сопоставим с уровнем вакцинации у здоровых детей – 91,6 %… Полученные данные свидетельствуют, что больные туберкулезом дети из семейного контакта были полноценно и эффективно привиты вакциной БЦЖ в декретированные возрастные

периоды… Несмотря на это, они имеют высокий риск заболевания туберкулезом в результате массивного инфицирования в условиях тесного контакта в семье с больными туберкулезом легких и с бактериовыделителями…»[1146]. Авторы указывают, что БЦЖ, тем не менее, показала свою защитную силу при заболеваниях, берущих начало в неустановленном, т. е. случайном контакте. Кто из детей, не получивших БЦЖ, может пострадать от такого случайного контакта, читателям уже стало ясно, а потому все сравнения такой заболеваемости не стоят ровным счетом ничего. Мы видим, что когда дело доходит до настоящей лакмусовой бумажки – массивного продолжительного инфицирования – БЦЖ снова и снова показывает свою полную неэффективность. Как любопытный факт приведу пример восьмилетнего использования БЦЖ в Каталонии, где после того как эту прививку убрали из календаря вакцинаций для детей от рождения до 5 лет, заболеваемость туберкулезным менингитом *резко снизилась*![1147]

В активе российских специалистов имеется важное исследование о ревакцинациях БЦЖ, хотя пустить под безжалостный нож здравого смысла и признания собственной несостоятельности последнюю священную корову прививочного пастбища российской фтизиатрии – прививку БЦЖ при рождении – они пока что не посмели. Комплексное эпидемиологическое и клиническое исследование, охватившее в 1987–1992 гг. более 1 млн 200 тыс. детей, проживающих в Москве и Московской области, показало, со слов самих авторов, «биологическую, эпидемиологическую и организационную нецелесообразность сохранения действующей в нашей стране схемы ревакцинации БЦЖ». Я процитирую наиболее существенные положения статьи: «…Большинство сомнительных и положительных реакций на туберкулин в школьном возрасте обусловлено поствакцинальной аллергией; в этих условиях невозможно судить об уровне инфицированности декретированных контингентов. Данные… позволяют сделать вывод о том, что реальный уровень инфицирования туберкулезом школьников значительно ниже, чем указываемый в большинстве исследований, проводившихся в условиях трехкратной ревакцинации БЦЖ детей и подростков… Причиной необоснованности взятия на учет в противотуберкулезном диспансере детей с поствакцинальной аллергией или давно инфицированных туберкулезом становится не уровень противотуберкулезной помощи, а сохранение многократной

ревакцинации БЦЖ… Мы организовали тщательное наблюдение и регистрацию всех постпрививочных осложнений на территории Московской области… За 5 лет нами было зарегистрировано 170 детей и подростков с послепрививочными осложнениями, что составило 19,6 на 100 000 привитых. Осложнения после ревакцинации БЦЖ были у 42 школьников, т. е. 32 на 100 000 привитых. Очень большой оказалась доля среди всех осложнений келоидных рубцов – 24 из 42 (57,2 %) или 18,3 на 100 000 привитых… Каждый год ревакцинацию БЦЖ в России проводят 1,5–2 млн школьников. Таким образом, не менее чем у 500–600 человек могут быть послепрививочные осложнения. Следует, однако, учитывать, что около 60 % всех осложнений после ревакцинации приходится на келоидные рубцы, поэтому ежегодно число детей с данной патологией увеличивается на 300–400 человек. Известно, что келоидные рубцы практически не поддаются лечению… По выраженности и длительности отрицательного воздействия на организм они значительно превосходят не только обычное, но и осложненное течение туберкулезной инфекции. До настоящего времени не проводили длительного наблюдения за больными с келоидами, частотой их инвалидизации, возможностями социальной и профессиональной адаптации. Актуальность данного вопроса станет очевидной, если учесть, что за 30 лет применения ревакцинаций БЦЖ келоидные рубцы образовались примерно у 10–12 тыс. человек. Следовательно, осложнения ревакцинации БЦЖ имеют серьезные социальные и экономические последствия. Одним из наиболее значимых отрицательных биологических воздействий многократной ревакцинации БЦЖ (к тому же массовых) является гиперсенсибилизация организма детей… Ревакцинации БЦЖ могут подвергаться дети, имеющие поствакцинальную аллергию после предыдущей иммунизации вакциной БЦЖ… Многократные ревакцинации БЦЖ затрудняют или делают невозможным установление первичного инфицирования туберкулезом из-за поствакцинальной аллергии перед заражением… Ошибки при определении этиологии чувствительности к туберкулину приводят к тому, что 44 % детей и подростков необоснованно состоят на учете в противотуберкулезных диспансерах и получают химиопрофилактику»[1148]. Почти половина детей, находящихся на лечении в противотуберкулезных диспансерах, становятся жертвами

существующей российской системы прививания и диагностики. Сколько денег это стоит государству, сколько здоровья – детям, да и их родителям?

Исследование, насколько можно судить, было проведено достаточно тщательно; публикаций, пытающихся оспорить выводы авторов, мне обнаружить не удалось. Прошло 9 лет. И что? Детей все так же ревакцинируют БЦЖ, сотнями ежегодно увеличивая число пострадавших от осложнений и расстраивая здоровье тысяч и тысяч, и ничего не меняется! Именно это Г. П. Червонская определила как «яркий пример абсурдного действия отечественного Минздрава, отсутствия знаний, активной имитации «безальтернативности» метода и нежелания вникнуть в проблему при монопольном праве вакцинаторов безответственно рисковать здоровьем нации…». Это было сказано о пробе Манту, но те же самые слова вполне могут быть применены к БЦЖ. Г. П. Червонская пишет: «Научная и практическая ценность вакцинации всех подряд – нулевая. Если в течение 50 лет вакцинации новорожденных БЦЖ и ежегодной пробы Манту (вакцинированных БЦЖ – живыми микобактериями!) борьба с туберкулезом превратилась в свою противоположность – нарастание туберкулезных больных, в том числе среди детей и подростков, то совершенно очевидно, что такой подход – преступно ошибочный»[1149].

Незадолго до передачи рукописи этой книги издателю я беседовал с сотрудницей Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, пожелавшей остаться анонимной, что нетрудно понять, зная о царящих в медицине (и особенно в отношении к прививочному инакомыслию) дикарских нравах. Она сообщила мне, что в ее НИИ, специализирующемся на внелегочных формах туберкулеза, в 2002–2003 гг. проводилось исследование – у страдавших от бесплодия женщин делались соскобы с эндометрия и исследовались на наличие возбудителя туберкулеза. У 40 % были обнаружены L-формы возбудителя, которые, по современным данным, могут быть мутировавшими штаммами микобактерий БЦЖ. Противотуберкулезное лечение помогало женщинам забеременеть. По данным диспансеров, курируемых НИИ, наблюдается увеличение заболеваемости детей и подростков (обычно в возрасте 12–16 лет) внелегочными формами туберкулеза, особенно туберкулезными хориоретинитами, которые нередко вызываются прививкой БЦЖ и без соответствующего лечения

могут привести к слепоте. Несколько фраз хотелось бы процитировать дословно: «Не нужно думать, что эти факты никто не замечает. Доступны авторефераты докторских диссертаций по хориоретиниту у детей и взрослых: поражены оболочки глаза, а первичного очага в легких нет. У этих больных выделен в пораженной зоне штамм БЦЖ… Существуют также работы о вреде ревакцинаций в 7 и 14 лет: ревакцинации влекут за собой абсцессы, лимфангиты, остеомиелиты, часто совпадают по времени с естественным инфицированием туберкулезом. Эти материалы откладывают подальше, а их авторам напоминают, что целью фтизиатрии не является критика вакцинации… Непонятно, почему защищают прививку БЦЖ… Это просто иррационально. Даже в разговоре с коллегами спрашиваешь: ну зачем она? Ведь все равно и неэффективна, и опасна. Объяснить не могут, но продолжают настаивать… Наука у нас идет сама по себе, а практика – сама по себе. Бесполезность ревакцинаций давно уже доказана наукой, но медики их продолжают… Лекарства, использующиеся для лечения туберкулеза, часто оказываются хуже самой болезни. Знаменитый изониазид губителен для сердца – обуславливает и нарушение ритма, и боли. Также вызывает сонливость и головокружения, принимая его нельзя водить машину. Тиразинамид отрицательно влияет на суставы – вызывает боли и скопления жидкости. Микобутин и рифампицин – вызывают повышения температуры до 38 °C на весь период приема и нарушают функцию печени. Несмотря на такое радикальное лечение, внелегочные формы постоянно рецидивируют. 80 % этих форм устойчивы к лекарствам: они лечатся сочетанием нескольких препаратов и иммуностимуляторами». Не думаю, что к этому требуются какие-либо дополнительные разъяснения.

Поскольку прививка БЦЖ проводится в роддомах в самые первые дни жизни ребенка, родители, желающие сохранить здоровье ребенку и от нее отказаться (и, возможно, также от прививки от гепатита В в тех странах, где она делается сразу после рождения), должны решить, полагаться ли на заблаговременно оформленный письменный отказ, покинуть роддом немедленно после родов или же вообще рожать, при наличии такой возможности, в домашних условиях. К сожалению, тот факт, что в прививочном вопросе никакой веры медперсоналу (который лучше, чем родители, знает, что хорошо, а что плохо для ребенка) быть не может, доказан многократно и продолжает доказываться ежедневной

практикой – во всяком случае, в таких странах, как Россия и Украина. Домашние роды – отдельный и совершенно особый разговор, которому я не могу уделить должного внимания в этой книге. По ходу дела лишь отмечу, что прививки – далеко не единственный фактор, подрывающий здоровье детей с самых первых часов жизни. Следует упомянуть также и очень часто не вызванные серьезной необходимостью (если не считать таковой желание врачей поскорее «разделаться» с роженицей) стимулирование родов и операции кесарева сечения, различные виды медикаментозного вмешательства, тяжелый эмоциональный стресс, миновать который удается редкой женщине, попавшей в роддом, и, разумеется, огромное количество внутрибольничных инфекций (ВБИ).

Вот только одна иллюстрация: «Заболеваемость ВБИ среди новорожденных составляет 40,6–43,1 % от суммарной заболеваемости ВБИ в России… при этом летальность среди данного контингента особенно высока… В 1990–94 гг. в РФ зарегистрировано 19 вспышек, которые возникали в родовспомогательных стационарах и отделениях патологии новорожденных…»[1150]. Как явствует из статьи, в этих 19 вспышках пострадали 343 ребенка. Эти цифры сродни цифрам поствакцинальных осложнений, когда в статистику попадают лишь такие случаи, которые скрыть уже невозможно при всем желании и старании. Нетрудно догадаться, что на самом деле неучтенных вспышек (и соответственно пострадавших) было и есть в десятки раз больше того количества, которое сообщается официально, – что признается, например, в другой публикации: «По данным официальной статистики, ежегодно в России регистрируется от 50 до 60 тыс. случаев внутрибольничного инфицирования, однако по расчетным данным эта цифра в 40–50 раз выше. Частота ВБИ новорожденных, например, составляет 5–10 %. На этапе выхаживания новорожденных процент детей с ВБИ достигает 50–60. Исследования, проведенные в хирургических отделениях Москвы, показали, что ВБИ развиваются в среднем у 16 % пациентов»[1151]. Российский исследователь Б. Прохоров пишет в своей книге: «Тысячи женщин в родильных домах ежегодно инфицируются стафилококком и в результате страдают от послеродового сепсиса и перитонита, полученного после операции кесарева сечения. По сравнению с 1990 г. заболеваемость сепсисом увеличилась в 6,1 раза. Сепсис не только тяжелое поражение организма матери, но это и показатель крайне неудовлетворительного санитарного

состояния медицинских учреждений. В развитых странах давно покончили с этой тяжелой патологией относительно простыми средствами – одноразовое белье, отдельный бокс для каждой роженицы, наконец, роды на дому. Но в российских условиях все эти меры не по карману ни гражданам, ни здравоохранению. Сепсис не только не сокращается, он растет»[1152]. Роды в домашних условиях как раз вполне по карману любой роженице. Но откуда, в самом деле, возьмутся деньги на наведение порядка в роддомах, когда сотни миллионов долларов бюджета здравоохранения идут на разработку, производство и распространение вакцин, а также на лечение поствакцинальных осложнений, даже если последние таковыми и не признают, а списывают на всегдашние «совпадения» и «наслоения»? Я не удивлюсь, если скоро начнется разработка вакцин от внутрибольничных инфекций. Если есть проблема, отчего же ее не попытаться решить с помощью прививок?

Настоящая эпидемия внутрибольничных инфекций не осталась без внимания состоявшегося в ноябре 2005 г. научного форума «Мать и дитя», организованного компанией «МЕДИ Экспо» и Российским обществом акушеров-гинекологов. Читаем репортаж о форуме: «Много внимания врачи уделяли внутрибольничным инфекциям. По словам профессора Радзинского, заражение гнойносептическими инфекциями – основной повод судебного преследования врачей. И никакими методами дезинфекции тут не поможешь – это признали уже во всем мире. Снижение заболеваемости госпитальными инфекциями отмечается только там, где применяются новые перинатальные технологии. Где женщина при поступлении в роддом не подвергается процедурам, открывающим доступ инфекциям в ее организм, например, таким как бритье и дезинфекция влагалища. В идеале она должна родить, приложить ребенка к груди, одеть в свою одежду, положить в свою постель и как можно раньше выписаться из роддома. Родильный дом – это место для родов и только». Весьма разумное признание, хотя и сделанное с опозданием в добрую сотню лет. Но читая следующий абзац, не веришь своим глазам: «К сожалению, из-за прививки БЦЖ врачи не могут выписать женщину через 20 часов после родов. Значит, необходимо это делать на 3-й день после естественных родов и на 6-й день после кесарева сечения. Только так можно уменьшить вероятность заражения в роддоме госпитальной

инфекцией»[1153]. Что это, как не чистой воды помешательство на прививках? Несколько дней мать с ребенком за деньги налогоплательщиков будет изнывать в роддоме, занимая место, отвлекая персонал, рискуя получить инфекцию или пострадать от какой-либо ошибки медиков, и все это *лишь для того, чтобы не ускользнуть от «охвата» БЦЖ*? С какой точки зрения – экономической, здравого смысла или любой другой, учитывающей интересы общества, а не прививочных «специалистов», это может быть оправдано? А «20 часов после родов» – не для того ли, чтобы успеть сделать прививку от гепатита В?

Вот что пишет в Российский Национальный комитет по биоэтике при АН РФ фтизиатр с тридцатилетним стажем, кандидат медицинских наук В. П. Сухановский:

«По моему глубокому убеждению, исходящему из долголетней практической работы с поствакцинальными осложнениями после БЦЖ-прививки, отказ от поголовной вакцинации новорожденных является одним из основных ключей к решению задач снижения детской заболеваемости и смертности.

Не страшно ли отказаться от вакцинации новорожденных в условиях ухудшающейся эпидемиологической обстановки по туберкулезу?

Отвечаю: не только не страшно, но и необходимо! Во-первых, вакцинация БЦЖ никогда не предупреждала и не может предупредить инфицирования МБТ ребенка, если он оказался в контакте с больным туберкулезом.

Во-вторых, без соответствующей диагностики состояния иммунной системы, с помощью БЦЖ мы разносим туберкулез и накапливаем его в поколениях среди восприимчивых к МБТ людей, которые далеко не все находятся в неблагополучных социальных условиях.

В-третьих, все дети раннего возраста, независимо от факта вакцинации, если они восприимчивы к туберкулезу и инфицированы в роддоме, обязательно заболеют туберкулезом – при отсутствии своевременной диагностики и лечения. Примеров самоизлечения от туберкулеза в этом возрасте нет. Самоизлечение возможно, однако лишь у детей старше трех лет.

В-четвертых, показатель инфицирования МБТ к двум годам остается на уровне 0,005–0,01 %, то есть 10:100 000. Всех этих детей возможно излечить, если диагностика проведена своевременно, а лечение – со всей тщательностью и долговременным наблюдением.

В-пятых, без БЦЖ в роддомах дети раннего возраста будут расти здоровыми!

Отсюда, в том числе, массовое приобретение синдромов иммунодефицитного состояния (СПИДа), если не изначально, то активно приобретаемое как причинно-следственное развитие после БЦЖ, а также развитие других многочисленных симптомов общей патологии… Как врач-клиницист, врач-фтизиатр, я убежден, что перенос сроков вакцинации БЦЖ на более старший возраст явится не только лучшей защитой от туберкулеза, но также станет методом профилактики лейкоза детей… В заключение считаю необходимым еще раз подчеркнуть, что *я являюсь убежденным противником вакцинации (любой, не только БЦЖ) в период новорожденности,* ибо вакцина препятствует развитию и естественных (саногенетических) реакций ребенка: фагоцитоза, антителообразования, адаптации во внешней среде»[1154].

Я полностью разделяю мнение опытного фтизиатра. И БЦЖ, и иные прививки, которыми так спешат «защитить» младенцев начиная с первых часов их жизни, губят природный иммунитет и гарантируют немедленные и отсроченные болезни. Неужели мы желаем их нашим детям?

20–21 апреля 2006 г. в Санкт-Петербургском НИИ фтизиопульмонологии состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы выявления, диагностики и лечения внелегочного туберкулеза». Упоминавшиеся на ней цифры прививочных осложнений, приводящих к инвалидизации детей, ужасали. Было отмечено, что проблема костно-суставных осложнений на БЦЖ в России выходит далеко за пределы медицины, став социальной и юридической проблемой. При этом подчеркивалось, что осложнения на БЦЖ зависят отнюдь не от ошибок введения вакцины, а от становящихся все более распространенными среди детей иммунодефицитных состояний. Однако никто не проводит эпидемиологических исследований, не оценивает ущерба от вакцинации, не пытается изменить ситуацию. Повозмущавшись,

фтизиатры сошлись на том, что надо… ходатайствовать «наверх» об уменьшении токсичности вакцины. Весь пар справедливого гнева ушел в никуда… Будет ли рано или поздно положен конец БЦЖ-безумию?

Выводы

• Микобактериями туберкулеза инфицируется до трети всего населения, но при этом лишь у 10 % инфицированных может развиться болезнь. Решающим является состояние иммунной системы человека.

• Туберкулез является типичной «социальной» болезнью бедных стран, не способных обеспечить диагностику и лечение требуемого качества; стран, где переполнены тюрьмы – главные рассадники туберкулезной инфекции. Никакие мероприятия не способны изменить динамику заболеваемости туберкулезом до тех пор, пока не решены проблемы скученности проживания и нищеты населения и обеспечения современными лекарственными препаратами.

• Провал прививки БЦЖ в клинических испытаниях и стремительно растущая заболеваемость туберкулезом, в том числе и детским, в тех странах, где прививают почти 100 % новорожденных, говорят о том, что прививка совершенно бесполезна в лучшем случае; в худшем – сама предрасполагает к последующему развитию туберкулеза, причем в наиболее тяжелых его формах. Прививка имеет побочные эффекты, среди которых ведущие – поражение лимфатической и опорно-двигательной систем.

• Кожная туберкулиновая проба (проба Манту) известна своей поразительной неточностью и огромным количеством ложноположительных и ложноотрицательных результатов. Гипердиагностика туберкулеза может привести к ничем не оправданному облучению при рентгенологических исследованиях и назначению отнюдь не безопасного «профилактического» лечения. В состав биопрепарата, использующегося для ежегодной пробы Манту, входят фенол и полисорбат-80, чьи кумулятивные токсические эффекты на детский организм никогда не изучались.

Эпидемический паротит (свинка)

Болезнь

Эпидемический паротит, в просторечии именуемый свинкой, при обычном его течении у здорового в целом ребенка – безобидная детская болезнь, вызываемая парамиксовирусом и передаваемая воздушно-капельным путем и, реже, через зараженные вещи (посуду, игрушки и пр.), так как вирус нестоек во внешней среде. Источником инфекции является только больной человек. Инкубационный период длится от десяти дней до трех недель, продромальный, с обычной для всех инфекционных болезней симптоматикой (головная боль, разбитость, боли в мышцах, слабость) – сутки, сама болезнь – до недели. Примерно у четверти заболевших нет главного проявления свинки – опухоли (одно- или двусторонней) в подчелюстной области, связанной с воспалением и отеком околоушной и поднижнечелюстной слюнных желез, где особенно активно размножается вирус; а потому диагноз не ставится. Сравнительно высокая восприимчивость к эпидемическому паротиту является причиной того, что в доприививочную эпоху подавляющая часть детей к пубертатному возрасту уже имела антитела к возбудителю болезни. Перенесенное заболевание оставляет стойкий, пожизненный иммунитет. При этом, как и в случае многих других детских инфекционных заболеваний, здоровые дети нередко переносят болезнь в субклинической или стертой форме, так что иммунитет к небезопасному во взрослом возрасте заболеванию приобретается со всеми удобствами[1155]. Здесь очень интересно отметить особенности приобретенного естественным образом иммунитета к паротиту, лишний раз доказывающие, что истинная невосприимчивость к болезни отнюдь не синоним наличия специфических антител. Автор монографии по эпидемическому паротиту сообщает: «С одной стороны, известно, что инфицирование вирусом паротита в 25–30 % случаев не приводит к развитию клинической картины болезни. Это нельзя объяснить наличием специфического иммунитета в результате инфицирования вирусом паротита в прошлом, так как так же часто инаппарантная инфекция отмечалась и во время вспышек паротита в изолированных группах людей (например, на островах), где длительное время не было случаев этого заболевания. Это свидетельствует о наличии неспецифической защиты у ряда людей, обусловленной, вероятно,

клеточной резистентностью и неспецифическими ингибиторами вирусов в сыворотке крови здоровых людей, не инфицированных ранее вирусом паротита… в период реконвалесценции после перенесенного заболевания противопаротитные антитела появляются лишь у 72–83,5 % переболевших. Это говорит о более слабом иммунном ответе по сравнению с корью. С этим положением согласуются данные J. Seida и соавт. (1980), которые при длительном наблюдении за детьми, перенесшими эпидемический паротит, установили, что через 34 мес. у 4 из 16 детей антитела не удалось обнаружить (они были в периоде реконвалесценции), а у остальных титры антител значительно снизились. Однако при естественной инфекции после перенесенного эпидемического паротита наблюдается такой же продолжительный иммунитет, как и после естественного заболевания корью. Это свидетельствует, что в иммунитете при эпидемическом паротите играют роль не только гуморальные факторы, но значительно большее значение имеет клеточный иммунитет. Конечно, полноценная защита обеспечивается целостностью и взаимодействием всех факторов иммунитета»[1156]. Все правильно. Но почему-то об этой целостности упорно забывают всякий раз, когда заводят речь о прививках!

Для того, чтобы перенести паротит без осложнений, необходимо не так много: 1) ребенок должен быть здоров; 2) возбудитель постоянно должен циркулировать в детских коллективах. Прививки же, даже если не говорить об их отсроченных последствиях, которые никто не изучал, подрывают здоровье детей беспрерывными «поствакцинальными периодами» и снижением количества циркулирующих возбудителей. В главе о ветряной оспе эта тема обсуждалась подробно.

В научной литературе имеются данные, свидетельствующие о том, что эпидемический паротит может быть полезен для переболевшего им не только в контексте будущей защиты от самой болезни. В одном исследовании было показано, что у женщин, перенесших в детстве свинку, реже развивается рак яичников[1157]. Другое исследование подтвердило, что женщины, перенесшие свинку в клинически выраженной форме и имеющие высокий титр антител, менее подвержены заболеванию раком яичников, нежели перенесшие свинку в субклинической (стертой) форме и имеющие низкий титр антител[1158].

Как и в случае многих других инфекционных заболеваний, никакого особого лечения паротит не требует. Ребенок должен оставаться несколько дней в постели, получать большое количество жидкости и витамины А и С. Пища должна быть мягкой и даваться только в том случае, если ребенок сам попросит есть (обычно при свинке аппетит теряется), жиры следует полностью исключить. Леденцы могут уменьшить неприятные ощущения, связанные с увеличенными и болезненными железами.

Диагноз устанавливается по клинико-анамнестическим данным. Существует методика исследования слюны для определения антител к вирусу, но на практике она применяется почти исключительно в научных целях.

Для профилактики свинки Леон Хайтов в своей книге предлагает после контакта с заболевшим принимать дозу гомеопатического нозода *Parotidinum* 30 три раза в неделю по утрам в течение двух недель и, дополнительно, три раза в неделю дозу *Belladonna* 30 по вечерам, также в течение двух недель[1159]. Д-р Дороти Шеперд рекомендует *Parotidinum* 30 или 200 также и в качестве отличного средства для лечения тех болезненных состояний, которые развились вслед за паротитом, включая и обычную астению после болезни. Что же касается лечения, то она сообщает о своем многолетнем и очень удачном опыте применения *Pilocarpinum muriaticum* 6С, рекомендованного упоминавшимся мной в предыдущей главе д-ром Дж. К. Бернеттом, рассматривая это лекарство едва ли не как специфическое средство для свинки. По ее словам, это средство следует давать всегда при обычном течении болезни и оно ни разу не подводило ее, за исключением одного случая, когда симптомы совершенно отчетливо указали на другой препарат (ухудшение состояния ночью, прострация, сильное потение и зловонный запах изо рта потребовали *Mercurius solubilis*)[1160]. Кроме этого, она советует использовать *Pilocarpinum* и для профилактики свинки – один прием в день на протяжении 10–12 дней после контакта с больным. Индийский гомеопат д-р Агравал предлагает несколько видоизмененную схему: для профилактики давать *Pilocarpinum* трижды в день в течение недели, а для лечения – до трех раз в час, если отек желез выражен очень сильно[1161].

Помимо указанных выше лекарств, следует упомянуть *Belladonna* и *Bryonia* при преимущественном поражении правой околоушной железы (для *Bryonia* характерны еще запор и улучшение от давления на больное место) и *Rhus toxicodendron* при преимущественном поражении левой. Боль, отдающая в уши, может потребовать назначения *Phytolacca decandra.* И, разумеется, не следует забывать о дифференциальном диагнозе между *Aconitum* и *Belladonna* на ранних стадиях болезни, и *Pulsatilla* на более поздних[1162].

Осложнения от свинки достаточно редки. Согласно американскому Центру контроля заболеваний (1992), менингит или менингоэнцефалит, считающиеся самыми тяжелыми из осложнений эпидемического паротита, встречаются в соотношении два-четыре случая на 1000 заболевших; при этом следует также учесть, что сообщается не более чем о 70 % случаев заболевания свинкой, так что истинное соотношение должно быть еще ниже. В некоторых справочниках указывается, что чуть ли не у 10 % заболевших развивается асептический менингит. Однако эта цифра представляется безмерно завышенной, поскольку английские исследователи, изучив число асептических менингитов после прививки штаммом «Urabe», относительно которого были данные о том, что он вызывает асептический менингит в одном случае на 4 тыс. прививок (см. ниже), сообщили, что вероятность развития асептического менингита после естественной свинки превышает вероятность заболевания им же после прививки всего в четыре раза[1163] (почему такие подсчеты неверны и имеют своей целью введение в заблуждение относительно реального соотношения выгоды и риска прививок, я объяснял в главе о кори). Кроме того, за асептический менингит при эпидемическом паротите и кори нередко принимают просто длительную сонливость и заторможенность ребенка. Что же касается наиболее неблагоприятного развития событий, то один российский авторский коллектив вполне категорично заявляет: «Летальных исходов при паротите не зарегистрировано»[1164]. Это же подтверждается в отношении Канады[1165]. Правда, американский Центр контроля заболеваний (1989) сообщает о возможности смерти от осложнений свинки, указывая, что не менее половины таких смертей приходится на людей в возрасте старше 20 лет. Российские авторы, сообщая о том, что паротит некогда считался «болезнью рекрутов» из-за того, что часто поражал солдат,

упоминают о том, что «летальность при паротите не превышала 0,08 %»[1166]. Не углубляясь в детали такого расхождения во мнениях, можно быть лишь уверенным в том, что в любом случае все виды осложнений намного чаще случаются у подростков и у взрослых, составляющих пока что значительно меньшую группу заболевающих свинкой.

Как и при других детских инфекциях, «управляемых» прививками, при эпидемическом паротите мы видим картину традиционной детской болезни, заболеваемость которой все более смещается сегодня в подростковый и во взрослый возраст, когда болезнь значительно опаснее. Если в конце 1960-х гг. в США заболевших свинкой в возрасте от 15 лет и старше было всего лишь 8,3 %, то в 1987 г. их стало уже 38,5 %; в 1993 г. их было 34 %[1167]. Привитые в детстве постепенно утрачивают иммунитет и становятся подверженными болезни, против которой в допрививочную эру почти все получали пожизненный иммунитет после перенесенного в той или иной форме заболевания. Во второй половине 1987 г. в Чикаго впервые в истории была зарегистрирована вспышка свинки на рабочем месте (на бирже), откуда болезнь была потом разнесена по домам. Всего заболело 119 человек, у 21 развились осложнения, а 9 даже потребовалась госпитализация[1168]. В отношении свинки такие случаи должны вызывать особое беспокойство, так как в отличие от кори и краснухи вирус свинки в допрививочную эру массово поражал почти исключительно детей; у подростков и взрослых дело ограничивалось единичными случаями[1169]. Исключением из этого правила, как указывалось выше, можно было рассматривать воинские части.

По имеющимся сегодня данным, эта болезнь может быть небезопасна не только для мужчин, но и для беременных женщин, так как внутриутробная инфекция может вызвать эндокардиальный фиброэластоз и другие пороки развития плода. Некоторыми эта точка зрения оспаривается, но не вызывает сомнений, что инфицирование в первом триместре повышает вероятность внутриутробной смерти плода.

Пропагандисты прививок обычно пугают бесплодием, наступающим у мальчиков вслед за воспалением яичка (орхитом). Однако нарушение сперматогенеза как результат воспаления яичка встречается исключительно редко, при этом, как правило, у подростков

и взрослых (у них орхит становится осложнением 20–30 % всех случаев), а не у детей. Кроме того, это осложнение обычно затрагивает *лишь одно* яичко, в то время как функции второго остаются незатронутыми и оно способно, по словам педиатра проф. Роберта Мендельсона, заново заселить весь мир. Вирус эпидемического паротита может поражать также яичники, но до сих пор непонятно, оказывает ли это какое-либо влияние на репродуктивную функцию.

Следует сказать несколько слов о таком предположительном осложнении паротита, как сахарный диабет (в некоторых исследованиях связь между этими двумя болезнями отрицается[1170]). Комитет экспертов по безопасности вакцин при американском Институте медицины (IOM) в своем отчете заявил, что «имеются свидетельства, подтверждающие, что паротитная инфекция может запускать развитие диабета 1-го типа у некоторых людей. Биологически достоверные данные, связывающие вирус эпидемического паротита и диабет 1-го типа, включают: 1. Связь между вирусной инфекцией, включая эпидемический паротит, и диабетом 1-го типа у людей 2. Наличие циркулирующих антител против антигенов поджелудочной железы, особенно бета-клеток, во время выздоровления от паротитной инфекции; эти антитела обнаруживаются также в самых ранних стадиях диабета 1-го типа 3. Исследования in vitro демонстрируют, что дикий тип вируса эпидемического паротита может инфицировать человеческие панкреатические бета-клетки»[1171]. Учитывая как то, что сама вакцина против паротита содержит живые вирусы, так и то, что в литературе описано немало случаев возникновения диабета после этой прививки, непонятно, есть ли смысл менять шило на мыло. Другими словами, не превышает ли вероятность «прививочного» заболевания диабетом таковую «естественного», если считать, что такая связь существует. На слушаниях в конгрессе США в апреле 1997 г. д-р Харрис Л. Култер, автор знаменитой книги «DPT: выстрел в темноте», заявил: «В литературе имеется много сообщений о диабете 1-го типа, появляющемся после вакцинаций против свинки. В 1997 г. Синайотис и сотрудники сообщили о развитии диабета 1-го типа после получения вакцины против свинки у мальчика 6,5 лет. В 1991 г. Павловский и Грис описали 11-летнего мальчика, который болел свинкой в возрасте 16 месяцев и получил вакцину против свинки за пять месяцев до того, как у него развился диабет 1-го типа. В течение недели после прививки у

него была лихорадка и он страдал сильными болями в животе. В 1984 г. Оттен и сотрудники сообщили о трех случаях диабета 1-го типа – с началом через десять дней после прививки в одном случае и тремя неделями позднее в двух других случаях – у детей 3, 2 и 16 лет[1172]. В 1986 г. Хельмке и сотрудники сообщили о семи детях, у которых развился диабет 1-го типа в период со второй по четвертую неделю после прививки против свинки или оспы и свинки[1173]. В 1979 г. Квест и сотрудники отметили, что в течение двух лет после того, как прививки против свинки или против свинки и краснухи были введены в Германии, производителю вакцин было сообщено о двух случаях диабета 1-го типа после иммунизации вакцинами против свинки и краснухи».

К этому я могу еще добавить, что возможность инфицирования панкреатических клеток вирусом эпидемического паротита и угнетения выработки инсулина (вплоть до полного прекращения) была показана финскими исследователями также in vitro[1174].

Вакцина

Для профилактики эпидемического паротита в России используется как отдельная отечественная вакцина, основанная на живом (ослабленном) вирусе, так и живая вакцина, входящая в состав лицензированных в России трехкомпонентных вакцин MMR («Мерк») и «Приорикс» («Глаксо Смит Клайн»). Первая прививка делается в возрасте 12–15 мес., вторая в 6 лет детям, не болевшим эпидемическим паротитом. Аналогичный график принят во многих странах – первая прививка в начале второго года жизни, вторая – перед школой (обычно в период от четырех до шести лет), каждый раз в составе вакцины MMR. Помимо этого прививка предлагается и не переболевшим свинкой взрослым, особенно рискующим заразиться этой болезнью в силу характера своей профессиональной деятельности. Женщины, получившие эту прививку, должны воздерживаться от беременности как минимум в течение трех последующих месяцев.

Примечательно, что в 1986 г. Британская медицинская ассоциация и Фармацевтический совет Великобритании заявили: «Поскольку эпидемический паротит и его осложнения редко приобретают серьезный характер, есть очень мало показаний для массовых прививок от эпидемического паротита», а на следующий год повторили: «В настоящее время массовая вакцинация от эпидемического паротита в Великобритании не рекомендована». Это пока не было вакцины. Все это было мгновенно забыто, когда в 1988 г. на рынке Великобритании появилась новая вакцина MMR, и прививка от обсуждаемой болезни за одну ночь стала *в высшей степени рекомендованной* (highly recommended) обеими организациями! В этой связи я хотел бы привести похожий пример. В своей новой книге, о которой я уже несколько раз упоминал в предыдущих главах, Хилари Батлер рассказывает о кампании по «раскручиванию» вакцины против менингита «Меномьюн А» в Окленде в 1987 г. За три недели до того, как вакцина появилась на рынке, местные СМИ вдруг дружно заголосили о менингите, живописуя смерти, поражение мозга, гангренозные конечности и прочие ужасы, которым неминуемо подвергнутся все 250 000 детей города в возрасте от 3 месяцев до 12 лет; при этом настойчиво повторялось, что за два последних года

менингитом в стране заболел 141 человек, 12 из которых скончались. То есть в течение этих двух лет никто и думать не думал о менингите и его последствиях, о заболевших и скончавшихся, дети спокойно ходили в детсады и школы. Но стоило на горизонте замаячить новой вакцине, как публику начали запугивать менингитом. Спонсором прививочной кампании была фирма «Хомстедские цыплята» (Homestead chicken), которая устроила лотереи. Денежные призы составили 25 000 долларов; кроме того, для привитых детей разыгрывались 2000 упаковок цыплят, 50 кукол Барби и 50 героев мультсериала «Властелины Вселенной», сотни наборов кубиков и прочие мелкие блага, а их родители могли выиграть микроволновую печь, 2 видеомагнитофона и 3 стереоприемника. Рекламу опускали в почтовые ящики, во всех школах развешивали красочные объявления, и дети, желая получить приз и не желая умирать от страшной болезни (школьные медсестры проводили беседы, доходчиво объясняя, что без прививки можно почернеть и умереть в страшных муках), наседали на родителей, требуя, чтобы их привили. Разумеется, никто не объяснял ни детям, ни родителям, что из 5000 носителей менингеальной инфекции заболевает только 1, и лишь у одного из тысячи заболевших развиваются серьезные симптомы. Никто не говорил им и о том, что чаще всего эта болезнь встречается и оставляет осложнения в условиях нищеты, перенаселенности, недоедания и хронических болезней. Когда Батлер получила запрошенную ею статистику из Министерства здравоохранения, то оказалось, что заболеваемость менингитом маори и полинезийцев выше заболеваемости европейцев, на которых и была направлена прививочная кампания, в 10 и 14 раз соответственно. Прививки вакциной «Меномьюн А» вызвали огромное количество осложнений, среди которых чаще всего фигурировали тошнота, рвота, головокружение, раскалывающая головная боль, обмороки, онемение ног. Несмотря на все попытки Министерства здравоохранения уйти от ответственности, переложив ее на «научно-доказательные исследования, показавшие безопасность вакцины», сведения проникли в прессу и скандал получился громким. Пришлось все-таки собирать карманный Комитет по побочным эффектам, которому были представлены 526 случаев осложнений (что, вероятно, было лишь очень небольшой частью их действительного числа) и который объявил, что имеющиеся данные недостаточны для того, чтобы однозначно связать

прививку с последовавшим (через несколько часов) ухудшением состояния детей. Возможно, оно было обусловлено какими-то загадочными «психологическими факторами»… «Наслоившимися» на прививку или «совпавшими» с ней, надо полагать.

Вернемся к паротиту. Относительно российской моновакцины сообщается, что это живая вакцина на основе аттенуированного штамма вируса паротита, выращенного на культуре клеток эмбрионов японских перепелов. В одной прививочной дозе, кроме вирусов паротита, содержатся также следовое количество белка сыворотки крупного рогатого скота, яичного белка японских перепелов, до 25 ЕД мономицина или канамицина моносульфата. Стабилизаторы – сорбит и желатоза или ЛС-18 и желатоза[1175]. Поствакцинальный иммунитет развивается примерно у 60 % привитых и сохраняется не менее 8 лет[1176]. Таким образом, невысокая эффективность российской живой моновакцины признана, и это, вкупе с возможными побочными эффектами, во много раз увеличивает сомнения относительно необходимости такой прививки.

Безопасность

Очень хорошо сформулировал свое отношение к вопросу о прививке против эпидемического паротита часто упоминаемый мной американский педиатр проф. Роберт Мендельсон: «Вы не найдете педиатров, сообщающих эту информацию, но побочные эффекты прививки от свинки могут оказаться очень тяжелыми. У некоторых детей прививка вызывает такие аллергические реакции, как сыпь, зуд и кровоподтеки. Могут быть симптомы вовлечения центральной нервной системы – фебрильные судороги, односторонняя сенсорная глухота и энцефалит. Верно, риск этого минимален, но почему ваш ребенок должен вообще подвергаться ему – неужели ради того, чтобы предотвратить безобидную детскую болезнь с риском заболеть ею с более серьезными последствиями во взрослом возрасте?»[1177]. Это перемещение заболеваемости эпидемическим паротитом в более опасный возраст подтверждают и российские авторы: «Произошло существенное «повзросление» инфекции. В годы минимальной заболеваемости в условиях вакцинопрофилактики был особенно заметен рост удельного веса среди заболевших лиц старше 15 лет»[1178].

Подозрения относительно безопасности паротитной вакцины усиливают имеющиеся в литературе сообщения о том, что после усердного прививания от свинки последняя вскоре появляется там, где раньше ее уже долго не было или она встречалась исключительно редко. Так, первый случай за последние три года, в течение которых заболевание паротитом не регистрировалось ни разу, произошел во второй половине 1950-х гг. в одном из детских домов, где как раз испытывалась (читателей, полагаю, это уже давно не удивляет) паротитная вакцина компании «Америкэн Сайенамид». Одним случаем дело не ограничилось – заразились и другие дети, причем заболевших привитых оказалось немного больше, чем непривитых (31,8 % и 30,2 %)[1179]. С января по июнь 1991 г. в одной из школ округа Мори (Теннеси, США) свинкой заболели 68 учеников, причем 67 из них были полностью привиты, а в целом школу посещало 98 % привитых от этой болезни детей. Обязательной прививка для учеников школы стала в 1988 г. До того в течение 1971–1979 гг. в школе было зарегистрировано *всего* 85 случаев, а в 1980-х гг. *ни одного случая не было*

зарегистрировано вообще[1180]. Перед самым выходом этой книги началась крупная вспышка эпидемического паротита в Айове, которую перепуганные местные вакцинаторы считают эпидемией: «Мы называем это не просто вспышкой, а именно эпидемией, поскольку инфекция распространилась более чем на треть территории штата и коснулась всех возрастных и социальных групп. Каждый день число заболевших увеличивается примерно на 20 человек, и пока нет признаков остановки эпидемии», – заявила… директор департамента здравоохранения штата, главный эпидемиолог Айовы доктор Патриция Кинлиск. Значительное число – примерно 23 % – заболевших составляют студенты колледжей. Несмотря на то, что 66 % зараженных были привиты от свинки, эпидемиологи считают вакцинацию основным средством борьбы с массовым распространением заболевания. С целью снижения темпов эпидемии на территории штата и за ее пределами, медики призвали жителей пройти срочную вакцинацию[1181].

Известно и о таком возможном осложнении от прививки, как орхит – тот самый орхит, угроза которого должна заставить родителей согласиться на прививку свинки мальчикам[1182]. Панкреатит, известный как осложнение эпидемического паротита (панкреатит иногда встречается также при ветряной оспе и инфекционном мононуклеозе), зарегистрирован также и после прививки[1183].

Следует упомянуть историю штамма «Urabe» паротитного вируса, на основе которого были созданы, в частности, вакцины Pluserix и Rimparix. После появления серии сообщений о том, что он вызывал у прививаемых асептический менингит (за короткий срок его использования из Франции было сообщено о 54 случаях[1184], а в Японии о 311[1185]), в 1992 г. все вакцины, содержащие этот штамм, были отозваны с рынка развитых стран. Существенной разницы между детьми из развитых и развивающихся стран, впрочем, не обнаружилось, так как из Бразилии, где этим штаммом начали прививать в 1997 г., тут же сообщили о 87 пострадавших, или о частоте одного случая асептического менингита на 14 тыс. прививок. Показательно, что бразильские медицинские власти были очень обеспокоены… нет, совсем не тем, что дети попали в больницу! Их взволновала перспектива того, что «среднестатистический гражданин начинает вести себя как потребитель услуг службы здоровья, обсуждая политику

органов здравоохранения, требуя больше информации, ставя под сомнение и даже отвергая правительственные меры»[1186]. Чтобы убить в зародыше такое вольнодумство, вакцинный штамм, провоцирующий население на неправильные размышления о прививочных благах, срочно сменили.

Однако пришедший ему на смену другой, «Ленинград-Загреб», оказался причиной еще большего количества заболеваний асептическим менингитом, вызывая его в одном случае на каждые 3390 прививок согласно одному бразильскому исследованию[1187] и варьируя от 1:6199 до 1:19,47 (!) согласно другому[1188]. Югославские авторы также сообщили о довольно впечатляющем соотношении для еще одного штамма вируса эпидемического паротита, «Ленинград-3»: 1 на 1000 прививок[1189]. Показательно, что все эти истории произошли уже после того, как в 1976 г. живая паротитная вакцина (в том числе и включавшая злосчастный российский штамм «Ленинград-3») была снята с производства в СССР из-за регистрировавшихся случаев серозных менингитов. Само собой разумеется, что последовавшее затем «тщательное исследование нейровирулентности вакцинных штаммов» показало их надежность и безопасность, в связи с чем производство паротитной вакцины в 1980 г. было возобновлено[1190]. Что сказали «тщательным исследователям» югославы и другие принявшие их исследования всерьез и купившие советскую вакцину, остается только догадываться.

Эффективность

Хотя и сообщается о значительном снижении заболеваемости свинкой, достаточно регулярно публикуются сообщения о вспышках свинки, происходящих в почти стопроцентно привитых коллективах. В одной из американских школ в ноябре 1990 г. заболели 54 ученика, 53 из которых были полностью привиты[1191]. Внезапную резкую вспышку заболеваемости испытал Сингапур, где до того долго и тщательно детей прививали от свинки. После ряда лет эйфории (и с 85–92 % прививаемых до двухлетнего возраста детей) в 1997 г. было зарегистрировано 674 заболевания, в 1998 г. – 1183 случая, а за первые семь месяцев 1999 г. – 2586 случаев, причем в группе отобранных для исследования детей, заболевших в 1999 г., почти половине была сделана вторая прививка MMR в последние четыре месяца 1998 г. Автор статьи, в которой приводится эта статистика, делает вывод о вероятной неэффективности паротитной вакцины, входящей в состав MMR[1192]. Таким образом, и добавление второй (бустерной) прививки не решает проблему. Это было подтверждено во время крупной вспышки эпидемического паротита в английском городе Уолсолле в 2000 г., когда было зарегистрировано 200 заболевших, 90 % из которых были младше 20 лет. Из них 99 человек получили одну, а 37 – две прививки MMR[1193]. Испанские исследователи, изучавшие вспышку эпидемического паротита в одном из сельских районов Андалузии с марта по ноябрь 1997 г., оценили эффективность первой дозы паротитной вакцины в составе MMR в 46 %, второй – в 87 %[1194]. Тогда заболело 283 ребенка, 79 % из которых были привиты. Очень невысоко оценили эффективность разных штаммов паротитной вакцины и швейцарцы на основании двух вспышек, случившихся у них в стране в 1991 и 1992–93 гг., – от 22 до 50 %[1195]. Российские авторы, полтора десятка страниц певшие хвалу безопасной и очень эффективной вакцине, внезапно сообщают: «С 1992 г. в стране начался рост заболеваемости паротитом… При этом крупные вспышки инфекции отмечались в организованных коллективах, наиболее полно охваченных иммунизацией. Среди лиц, ранее привитых против паротита, регистрировались тяжелые формы этой инфекции…»[1196]. Или:

«Исследования иммуноструктуры к вирусу паротита различных групп вакцинированных детей позволили установить, что до 50 % из них остались восприимчивыми к данному возбудителю»[1197]. Другой российский авторский коллектив также скорбно признает: «Основной причиной эпидемического неблагополучия является слабая эффективность используемой в настоящее время живой паротитной вакцины (ЖПВ) и низкая иммуногенность отдельных серий препарата… Изучение эпидемиологических особенностей вспышек ЭП (эпидемического паротита. – *А. К.*) в трех школах Санкт-Петербурга в 1992–1993 гг. показало, что очаги инфекции возникали в коллективах с высоким охватом прививками против ЭП… Большинство заболевших (68,3 %) имели документированное подтверждение о наличии прививки против ЭП, 26,6 % детей не были привиты»[1198].

Последние исследования предлагают и другое объяснение феномена болеющих привитых. Оказывается, есть несколько разновидностей вируса эпидемического паротита. Прививка может защитить от одной, но при этом она совершенно бессильна в отношении другой[1199]. В Великобритании, начавшей массовые прививки против эпидемического паротита в 1988 г., в 1998 г. были обнаружены два новых генотипа вируса – тех, против которых прививка не действует[1200]. Если это так, то можно предположить, что изобретательная природа вскоре заполнит образующийся из-за прививок вакуум новыми штаммами вируса, как она делает это сейчас с коклюшем. И неизвестно, не будут ли эти новые штаммы вируса опаснее тех, от инфицирования которыми должна предохранить вакцина.

В свете беспрерывно поступающих данных о неэффективности и небезопасности прививки против эпидемического паротита швейцарский исследователь в 1995 г. суммировал существующие возражения: «Массовые прививки против свинки были включены в швейцарскую программу по искоренению свинки, кори и краснухи, несмотря на отсутствие в этом какой-либо необходимости для общественного здравоохранения. Опыт семи лет опровергает теоретические рассуждения: ненужная прививка оказалась малоэффективной и к тому же связанной с непредвиденно высоким риском осложнений, что представляет собой опасность дискредитировать в глазах публики и другие прививки. Проект остается

несостоятельным с точки зрения эпидемиологии, а потому и опасным. Навязывание этой прививки населению вызывает вопросы о совместимости такого подхода с основными гражданскими правами. Не исследованы пока что и причины, почему 20 % населения Швейцарии отказываются от этой прививки… Поскольку созревание иммунной системы следует принципу обучения, возникает вопрос, не являются ли детские болезни необходимыми для нормального развития иммунитета… И, наконец, есть беспокойство по поводу долгосрочных последствий нынешних манипуляций с естественным равновесием между человеком и микроорганизмами»[1201].

А разве не применимо сказанное о свинке ко всем другим инфекционным болезням, якобы контролируемым ныне прививками?

Выводы

• Эпидемический паротит – вполне безопасная детская болезнь, обычно лишь в подростковом и взрослом возрасте ведущая к серьезным осложнениям, среди которых чаще всего упоминается мужское бесплодие. Однако и перенесенный в старшем возрасте, эпидемический паротит ведет к бесплодию очень редко. Раз перенесенное заболевание оставляет стойкий, как правило пожизненный, иммунитет.

• На фоне массовых прививок заболеваемость эпидемическим паротитом смещается в ту возрастную группу, в которой наиболее велик процент осложнений.

• Низкая эффективность и высокая реактогенность вакцины показана в многолетних исследованиях в разных странах мира.

• Существуют проверенные многолетней практикой гомеопатические методы профилактики и лечения этой болезни.

Заключение

...Потому и был вначале создан один-единственный Адам [и от него одного пошел весь род человеческий], чтобы ты понял, что к губящему одного человека Писание относится, как если бы он погубил целый мир, а к спасающему одного человека Писание относится, как если бы он спас целый мир… Человек чеканит монеты одним чеканом, и все они похожи друг на друга, а Царь царей, Пресвятой, благословен Он, чеканит каждого [рождающегося человека] чеканом первого Адама и ни один из них не похож: на другого. Поэтому каждый человек должен говорить: «Мир создан ради меня».

Мишна (Санхедрин 4,5)

Итак, нужны нам профилактические прививки или нет? Эффективны ли они? Опасны или безопасны? Я надеюсь, что все, кто прочитал эту книгу, смогут теперь с большей степенью уверенности ответить для самих себя на эти вопросы. Возможно, кто-то откажется от некоторых прививок, а кто-то – от всех. Другие же читатели, сочтя доказательную базу книги недостаточной, укрепятся в своей вере в вакцинации. Любой выбор заслуживает уважения, когда он сделан после внимательного изучения информации «за» и «против». Я лишь хотел бы в заключение поделиться с читателями теми выводами, к которым пришел сам.

Я считаю, что эффективность прививок безмерно преувеличена. Ошибочна по своей сути даже оценка эффективности прививания, основанная на подсчете количества тех или иных антител. Несть числа примерам, когда имевшие антитела в защитном, более чем защитном и даже сверхзащитном титре заболевали соответствующими болезнями и даже от них умирали. Кроме того, увеличение титра антител после прививки само по себе ничего не значит, если через короткий промежуток времени он резко понижается, становясь «незащитным» даже по меркам прививочной науки (во многих главах книги я

приводил примеры такого рода). Одним из требований к устойчивому иммунитету является постоянная циркуляция микроорганизмов в человеческом обществе. Чем больше будет прививок, тем меньше бустеров, антигенных «толчков» из внешней среды, будет получать человек и, соответственно, тем слабее будет его специфический иммунитет к «прививочным» болезням. Нынешние расчеты сроков прививочного иммунитета исходят из предпосылки постоянного контакта с возбудителем, однако возможность такого контакта постоянно снижается. Может ли быть большая насмешка над прививочными благами, чем нынешнее вполне серьезное обсуждение перспективы превращения вируса кори… в биологическое оружие? Что же касается эпидемиологических исследований, якобы показывающих меньшую заболеваемость привитых, то такие исследования ущербны по своему дизайну (в сравниваемую контрольную группу непрививаемых неизбежно попадают дети, не получившие прививки по состоянию здоровья и намного более подверженные всем инфекционным болезням) и не могут служить хоть сколько-нибудь серьезным доказательством пользы прививок. Многие исследования такого рода являются откровенно заказными – их проведение финансируют производители вакцин.

Немалое количество медиков, не принадлежащих к прививочному лобби и не обязанных по долгу службы петь дифирамбы вакцинации, указывают, что прививки противоестественны по самой своей сути. Иммунная система человека развивается методом обучения. Природой запрограммированы детские болезни, которые стимулируют созревание иммунной системы. Этими болезнями, кроме того, природа когда-то «выбраковывала» слабых, нежизнеспособных детей, которые должны были стать обузой для общества. Нынешнее навязчивое прививание от детских инфекционных болезней не дает возможности иммунной системе здоровых в целом детей развиваться, за что детям приходится платить в настоящем и будущем серьезными болезнями. Массовое распространение аллергий и астмы, резкое увеличение количества регистрируемых аутоиммунных заболеваний, еще 50–60 лет назад считавшихся казуистикой, а также онкологических болезней – все это свидетельствует о том, что нарушены важнейшие биологические законы. У меня лично нет сомнений в том, что причиной этого в первую очередь являются прививки.

Кроме того, прививки направлены практически исключительно на специфический иммунитет. Их токсические составляющие вызывают длительное подавление функций самого главного вида иммунитета – неспецифического или клеточного, результатом чего становится резкое ухудшение здоровья прививаемых. Разговоры о краткости такого ухудшения и его якобы безобидном и преходящем характере ненаучны, безответственны и имеют своей целью увести общественное мнение от серьезного обсуждения проблем долговременной иммуносупрессии и, как ее следствия, стремительно растущей заболеваемости на фоне множества прививок.

Необходимо отметить, что прививочный бизнес безнадежно скомпрометирован слиянием финансовых интересов производителей и распространителей вакцин и представителей государственного аппарата, органов санэпиднадзора, ассоциаций врачей. Навязывание рядовым врачам планов прививочного «охвата» и материальное поощрение за этот бессмысленный «охват», а не за здоровье населения – нарушение основополагающих принципов медицины и преступление против нации. Непрекращающиеся попытки чиновников от медицины выхолостить законы, гарантирующие населению право свободного выбора в прививочном вопросе, шантаж родителей, отказ в приеме в детские учреждения, школы, институты или на работу при отсутствии прививок – не меньшее преступление, требующее самого активного вмешательства правоохранительных органов.

Что касается поствакцинальных осложнений, то их много – гораздо больше того количества, о котором обычно сообщается публике. Возможно – не только в десятки, но даже в сотни раз. Вакцинаторы все еще пытаются проводить их под грифом «совпадение», «наслоение», «обострение ранее существовавшего заболевания», а также фальсифицировать статистику, но скрывать факты становится все труднее. Я приводил пример аутизма, массовость распространения которого среди привитых детей вызвала в США к жизни настолько влиятельное и независимое родительское движение, что ныне оно способно даже финансировать неугодные прививочным дельцам исследования.

Существует ли выход из сложившегося положения? Разумеется. Он и прост, и сложен. Если мы говорим о России, то, как мне видится, главная проблема состоит в отсутствии правового общества. Которое не

создается по указанию свыше. Это кропотливый процесс, занимающий долгие годы. Когда каждый родитель будет добиваться положенного ему по закону не взятками и фальсификацией медицинских документов, а обращением в прокуратуру или в суд, и каждый чиновник органов здравоохранения будет знать, что райская жизнь, когда он казнил и миловал по своему усмотрению, безвозвратно закончилась и пришло время выполнять законы, – тогда все встанет на свои места. Когда каждый врач будет знать, что любая попытка давления на родителей будет в самом лучшем случае заканчиваться беседой в прокуратуре и вынесением ему предупреждения, то он осознает, что ему спокойнее и, главное, *выгоднее* подчиняться закону государства, а не противоправной ведомственной инструкции. Разумеется, не может существовать никаких планов «охвата», когда речь идет о процедуре, свобода выбора или отказа от которой гарантирована законом. Само существование таких планов – уже фактическое нарушение закона. В этой связи я должен сказать еще несколько слов. К сожалению, небескорыстные проповедники прививок в медицинских институтах продолжают не только проприививочное промывание мозгов студентам, дезинформируя их относительно реального положения вещей, но и всячески стараются воспитывать их не как работников сферы обслуживания, каковыми медики на самом деле являются, а как носителей некоей высшей истины, как судей, призванных за родителей решать, что лучше их детям, а часто и как исполнителей собственных не подлежащих обжалованию приговоров. Очень удачно об этом сказано в статье сотрудника Института философии РАН П. Д. Тищенко. Анализируя советскую модель здравоохранения, он отметил: «Сущность отношений органов здравоохранения в рамках существовавшей государственной модели медицины с населением может быть охарактеризована как манипуляция, т. е. как оперирование с квазинеодушевленным предметом, не обладающим свободой выбора. С иной стороны, это же отношение может быть охарактеризовано как контроль над недееспособным индивидом со стороны умудренного опытом опекуна. Поэтому оно обычно называется патерналистским. Пациент по определению пассивен. В любом случае, органы здравоохранения, защищая интересы пациентов, не интересовались личным мнением самих пациентов по поводу содержания этих интересов. Идеальный пациент, парадоксальным образом

называвшийся «сознательным», должен был беспрекословно выполнять указания медиков. Не случайно, что в «Обещании врача России» так и утверждается в качестве высокого профессионального стандарта: «Направлять режим и лечение больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением…».

«Их» разумение своей собственной выгоды априорно признается в качестве невежественного и не заслуживающего внимания со стороны профессионалов-медиков. Право «направлять» рассматривается как само собой разумеющийся атрибут власти органов здравоохранения. На этом праве, как на идеологическом основании, и строится практика в области вакцинации населения»[1202]. Увы, не декларируемые в соответствии с конституциями, гарантирующими права граждан, а реальные взаимоотношения врач – пациент на постсоветском пространстве по-прежнему построены на этой ущербной идеологии, и громогласно высказываемое иными российскими обладателями дипломов о высшем медицинском образовании мнение о «недопустимости необоснованного отказа от прививок» – лучшее тому подтверждение.

Особое внимание должно быть уделено регулированию государственной политики в области вакцинопрофилактики. Я считаю совершенно недопустимым нынешнее положение вещей, при котором решение вопроса о прививках отдано на откуп группе забывших честь и совесть интересантов, озабоченных исключительно собственной выгодой и превративших прививки в источник обогащения. Необходимо привлечение действительно независимых экспертов и представителей общественности. Ни одна новая прививка и ни одна дополнительная доза старой не должны появиться в прививочном календаре без широкого и открытого обсуждения необходимости такого мероприятия всеми заинтересованными лицами. Необходимо, пусть и с опозданием в десятки лет, резко осудить практику кулуарных решений «прививочного политбюро», имеющих огромное значение для миллионов людей и будущего нации в целом, и впервые гласно и открыто обсудить прививочный календарь, прислушиваясь к мнению не только вакцинаторов, но и рядовых врачей, иммунологов, специалистов в реабилитации, статистиков, «просто» родителей, наконец. Также совершенно необходимо создание не подчиняющейся органам здравоохранения системы учета поствакцинальных осложнений,

аналога американской VAERS, с открытой для публики базой данных. Я полагаю, что требуется и учреждение финансируемого государством института независимой судебно-медицинской экспертизы с филиалами во всех крупных городах, куда смогут обращаться родители искалеченных прививками и погибших от них детей, а также все считающие, что вакцинациями был нанесен ущерб их здоровью. О наличии такой базы данных и такого института судебно-медицинской экспертизы должно быть известно всем гражданам, соглашающимся на прививки для себя или для находящихся под их опекой лиц.

Я не сделаю открытия, сказав, что вопрос «прививочного охвата» – это, в сущности, вопрос образования. Это вопрос способности к критическому мышлению, к анализу и синтезу, к разумному соизмерению риска и пользы. Организуемые обеспокоенными вакцинаторами эпидемиологические исследования неумолимо демонстрируют, что чем выше уровень образования людей, тем менее восприимчивы они к идее прививочного спасения от болезней[1203]. Вся вакцинопрофилактика – это, по меткому выражению немецкого врача Г. Бухвальда, автора многочисленных публикаций о прививках, бизнес, основанный на страхе. Страх же традиционно произрастает из невежества, из бездумия, из привычки слепо верить официозу, из нежелания принимать решения и отвечать за них. Чем меньше страха и больше знания, тем меньше прививок. Это очень не по нутру вакцинаторам. Несколько лет назад Американская медицинская ассоциация постановила: «Поскольку религиозные и философские отводы от прививок подвергают опасности здоровье не только непривитого, но и его окружения в целом, Американская медицинская ассоциация… призывает медицинские ассоциации штатов добиваться удаления возможности этих отводов из законов, требующих обязательных прививок…»[1204]. В конгрессе США последние несколько лет обсуждаются законопроекты, гарантирующие фармацевтическим компаниям, в том числе производящим вакцины, право на полный иммунитет в отношении исков пострадавших потребителей. И можно не сомневаться – в отличие от хилого и нестойкого прививочного, этот иммунитет будет прочным и продолжительным. Если общественность не будет постоянно начеку, то хорошо оплаченная производителями лекарств неусыпная забота медиков о здоровье народа, в первую очередь с помощью прививок,

скоро перевесит право этого народа самому решать, что для него хорошо, а что плохо. Не думаю, что среди моих читателей наберется много тех, кто считает, что лоббисты фармацевтических компаний обитают исключительно в США на Капитолийском холме.

И самое последнее. Мое глубокое убеждение: детям не нужно вакцин, им не нужно, говоря корявым вакцинаторским арго, «профилактирование» прививками болезней, осложнения которых вызываются теми причинами, что могут быть взяты под контроль. Им нужно приходить в этот мир естественным путем, в любви и радости, без помощи скальпеля и одуряющих их мать и их самих медикаментов. Не в окружении чужих, усталых, раздраженных, давно утративших способность сопереживать людей, мечтающих поскорее разделаться с очередным «случаем», а тех, кто будут им самыми родными и близкими. Им нужны продолжительное грудное вскармливание, а потом простая здоровая пища, богатая микроэлементами и минералами, витамины, в первую очередь А и С, свежий воздух и солнечный свет, любовь и уважение в семье. Все это либо не стоит в денежном эквиваленте ничего, либо стоит совсем немного. И именно с этой простотой и дешевизной будут до последнего бороться те, кто превратил заботу о здоровье детей и взрослых в выгодный бизнес, кто множит безграмотные «научно-доказательные» исследования, демонстрирующие безопасность и эффективность прививок. Не надо тешить себя иллюзиями. Договориться с ними невозможно, как невозможно убедить волков перейти на вегетарианский стол. А обществу в целом нужны не разработчики, производители и распространители вакцин, паразитирующие на его бюджете и отнимающие у его граждан здоровье, а домашние акушерки и специалисты по грудному вскармливанию. Нужны родительские центры, клубы по интересам, спортивные секции, библиотеки. Все то, что делает жизнь здоровой, интересной и насыщенной.

Летом 2004 г. в болгарском городке Боровец состоялся семинар, на котором выступал один из крупнейших гомеопатов современности, автор трех книг, быстро ставших мировыми бестселлерами, д-р Прафулл Виджейкар из Бомбея. Он сказал: «Прививки – величайший убийца (the greatest killer) детей… Ребенок рождается здоровым. Прививки делают его больным. Все мы видели в своей практике, как самые тяжелые болезни начинаются после прививок…».

Мне нечего добавить к этим словам. Выбор остается за родителями.

Приложения

Выдержки из законов РФ, устанавливающих права граждан в сфере здравоохранения

Все цитируемые ниже законы можно найти в Интернете, а также получить их копии у юристов или в местных органах здравоохранения. Курсивом выделены наиболее важные пункты.

ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН ОТ 22.07.1993 № 5487-1

Статья 31. Право граждан на информацию о состоянии здоровья.

Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

Информация о состоянии здоровья гражданина предоставляется ему, а в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, – их законным представителям лечащим врачом, заведующим отделением лечебно-профилактического учреждения или другими специалистами, принимающими непосредственное участие в обследовании и лечении.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена гражданину против его воли. В случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом и (или) не назначил лицо, которому должна быть передана такая информация.

Гражданин имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать консультации по ней у других специалистов. По требованию гражданина ему предоставляются копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны.

Информация, содержащаяся в медицинских документах гражданина, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия гражданина только по основаниям, предусмотренным статьей 61 настоящих Основ.

Статья 32. Согласие на медицинское вмешательство.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители после сообщения им сведений, предусмотренных частью первой статьи 31 настоящих Основ. При отсутствии законных представителей решение о медицинском вмешательстве принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения и законных представителей.

Статья 33. Отказ от медицинского вмешательства.

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

Статья 34. Оказание медицинской помощи без согласия граждан.

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Решение о проведении медицинского освидетельствования и наблюдения граждан без их согласия или согласия их законных представителей принимается врачом (консилиумом), а решение о госпитализации граждан без их согласия или согласия их законных представителей – судом.

Оказание медицинской помощи без согласия граждан или согласия их законных представителей, связанное с проведением противоэпидемических мероприятий, регламентируется санитарным законодательством.

Освидетельствование и госпитализация лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, проводятся без их согласия в порядке, устанавливаемом Законом Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

В отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния, могут быть применены принудительные меры медицинского характера на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

Пребывание граждан в больничном учреждении продолжается до исчезновения оснований, по которым проведена госпитализация без их согласия, или по решению суда.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30.03.99 № 52-ФЗ «О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ

НАСЕЛЕНИЯ». Принят Государственной Думой 12 марта 1999 г. Одобрен Советом Федерации 17 марта 1999 г.

Глава II. Права и обязанности граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Статья 8. Права граждан.

Граждане имеют право:

на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека;

получать в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах и учреждениях государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации и у юридических лиц информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг;

осуществлять общественный контроль за выполнением санитарных правил;

вносить в органы государственной власти, органы местного самоуправления, органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-про-тивоэпидемических (профилактических) мероприятий, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 17.09.1998 г. № 157-ФЗ «ОБ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ». Принят Государственной Думой 17 июля 1998 г. Одобрен Советом Федерации 4 сентября 1998 г.

Статья 5. Права и обязанности граждан при осуществлении иммунопрофилактики.

1. Граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;

выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;

бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

бесплатный медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

бесплатное лечение в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений;

социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений;

отказ от профилактических прививок.

2. Отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством Российской Федерации.

3. При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

выполнять предписания медицинских работников;

в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Статья 18. Право граждан на социальную защиту при возникновении поствакцинальных осложнений.

1. При возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности.

2. Выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций производятся за счет средств федерального бюджета органами социальной защиты населения в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Выплаты пособий по временной нетрудоспособности производятся из средств государственного социального страхования.

Статья 19. Государственные единовременные пособия.

1. При возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 100 минимальных размеров оплаты труда, установленных законодательством Российской Федерации на день осу ществления выплаты указанного пособия.

Перечень поствакцинальных осложнений, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий, утверждается Правительством Российской Федерации по представлению федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения.

2. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 300 минимальных размеров оплаты труда, установленных законодательством Российской Феде рации на день осуществления выплаты указанного пособия, имеют члены его семьи. Круг членов семьи, имеющих право на получение указанного пособия, определяется в соответствии со статьями 50 и 51 Закона Российской Федерации «О государственных пенсиях в Рос сийской Федерации».

Статья 20. Ежемесячные денежные компенсации.

Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 10 минимальных размеров оплаты труда, установленных законодательством Российской Федерации на день осуществления выплаты указанной компенсации.

Статья 21. Пособия по временной нетрудоспособности.

Гражданин, у которого временная нетрудоспособность связана с поствакцинальным осложнением, имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100 процентов среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы. Один из родителей либо иной законный представитель несовершеннолетнего имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности за все время болезни несовершеннолетнего, связанной с поствакцинальным осложнением, в размере 100 процентов от среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.

Другие документы

Перечень поствакцинальных осложнений, вызванных профилактическими прививками, включенными в национальный календарь профилактических прививок, и профилактическими прививками по эпидемическим показаниям, дающих право гражданам на получение государственных единовременных пособий. (утв. постановлением Правительства РФ № 885 от 2 августа 1999 г.)

1. Анафилактический шок.

2. Тяжелые генерализованные аллергические реакции (рецидиви рующий ангионевротический отек – отек Квинке, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайела, синдром сывороточной болезни и т. п.).

3. Энцефалит.

4. Вакцино-ассоциированный полиомиелит.

5. Поражения центральной нервной системы с генерализованны ми или фокальными остаточными проявлениями, приведшими к ин валидности: энцефалопатия, серозный менингит, неврит, полинев рит, а также с клиническими проявлениями судорожного синдрома.

6. Генерализованная инфекция, остеит, остит, остеомиелит, вы званные вакциной БЦЖ.

7. Артрит хронический, вызванный вакциной против краснухи.

Перечень основных заболеваний в поствакцинальном периоде, подлежащих регистрации и расследованию (Постановление Правительства РФ № 885 от 2 августа 1999 г. Приложение 7)

Клинические формы	Вакцина	Сроки появления
Анафилактический шок, анафилактоидная реакция, коллапс	Все, кроме БЦЖ и ОПВ	Первые 12 часов
Тяжелые, генерализованные аллергические реакции (синдромы Стивенса-Джонсона и Лайела, рецидивирующие отеки Квинке, сыпи и	Все, кроме БЦЖ и ОПВ	До 3 суток
Синдром сывороточной болезни	Все, кроме БЦЖ и ОПВ	До 15 суток
Энцефалит, энцефалопатия, энцефаломиелит, миелит, неврит, полирадикулоневрит, синдром Гийена-Барре	Инактивированные Живые вакцины	До 10 суток 5-30 суток

Клинические формы	Вакцина	Сроки появления
Серозный менингит	Живые вакцины	10-30 суток
Афебрильные судороги	Инактивированные Живые вакцины	До 7 суток До 15 суток
Острый миокардит, нефрит, агранулоцитоз, тромбоцитопеническая пурпура, анемия гипопластическая, коллагенозы	Все	До 30 суток
Хронический артрит	Краснушная вакцина	До 30 суток
Вакциноассоциированный полиомиелит	У привитых У контактных	До 30 суток До 60 суток
Осложнения после БЦЖ прививки: лимфаденит, келоидный рубец, остеит и др. Генерализованная БЦЖ-инфекция		В течение 1,5 лет после прививки
Абсцесс в месте введения	Все вакцины	До 7 суток
Внезапная смерть, другие случаи летальных исходов, имеющие временную связь с прививкой	Все вакцины	До 30 суток

Акт расследования ПВО. (Постановление Правительства РФ № 885 от 2 августа 1999 г. Приложение 8)

1. Сведения о препарате: наименование, изготовитель, номер серии, дата изготовления, срок годности, дата поступления в ЛПУ, температурный режим транспортировки и хранения на всех уровнях «холодовой цепи».

2. Сведения о пациенте: паспортная часть (ФИО, возраст); состояние здоровья до прививки, включая данные о перенесенных

заболеваниях, поражении нервной системы, судорогах, наличии хронических заболеваний, в том числе иммунодефицитов первичных или вторичных (спленэктомия, тимэктомия, СПИД), аллергических ре акциях, предшествующей иммунносупрессивной терапии кортикостероидными, цитостатическими препаратами, рентгенотерапии.

3. Дата вакцинации, термометрия и осмотр перед прививкой.

4. Даты ранее проведенных прививок и характер поствакцинальных реакций.

5. Данные о клинике заболевания, регистрируемого как ПВР: да та появления первых симптомов и их характер, дата обращения за медицинской помощью и результаты исследования, назначенное лечение, последующая клиника, осложнения, сопутствующие заболе вания, окончательный диагноз.

6. Сведения о результатах применения вакцины этой же серии с указанием числа привитых или израсходованных доз.

7. Заключение комиссии, в которую входят педиатр или терапевт, врач, ответственный за прививки, эпидемиолог и другие специали сты по необходимости.

8. Должности и подписи членов комиссии, место и дата составления акта.

Образец заявления об отказе от прививок

Директору школы / Зав. детским садом / Зав. поликлиникой

№ ______________________ *(город)*

от ______________________

Заявление

На основании действующих законов Российской Федерации («Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487-1, статья 32 и «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ, статья 5)

Я, ______________________, отказываюсь от всех профилактических прививок / прививок против следующих заболеваний для моего

(-ей) сына / дочери ______________________ *(Ф.И.О. ребенка),* обучающегося (-ейся) в школе / посещающего (-ей) детский сад / обслуживаемого (-ой) в поликлинике №.

Дата
Подпись

---

notes

Примечания

1

Kotok A. The history of homeopathy in the Russian Empire from its emergence until the WWI as compared with other European countries and the USA: similarities and discrepancies. Ph.D. thesis, The Hebrew University of Jerusalem, 1999. Читатели могут обратиться к расширенной on-line версии диссертации по адресу http://www.homeoint.org/books4/kotok

2

Можно лишь пожалеть о том, что заведомо неточный термин красуется даже в федеральном законе РФ («Закон об иммунопрофилактике инфекционных болезней»); следовало, разумеется, использовать термин «вакцинопрофилактика», как это и предлагалось с самого начала законопроектом, поданным Российским Национальным комитетом по биоэтике при АН РФ («Закон о вакцинопрофилактике инфекционных заболеваний у человека»). Эта подмена терминов далеко не так безобидна, как может показаться, ибо создает у публики ложное впечатление, что прививка делает людей иммунными, то есть защищенными от какой-то болезни, невосприимчивыми к ней, если следовать строгому значению этого слова (от лат. immunire – укреплять изнутри, защищать или immunis – освобожденный, избавленный от чего-либо. Арнаудов Г. Terminologia medica polyglotta. Медицинская терминология на пяти языках. София, 1979, с. 204). На деле же иммунизацией является получение защитных антител из материнского молока или материнской крови, или же перенесение естественной болезни. Можно условно признать этот термин также подходящим для лечения сыворотками, полученными от гипериммунизированных людей или животных, но он совершенно неприменим по отношению к прививкам. Прививка не делает человека невосприимчивым к болезням x, y или z – наоборот, парентеральное введение вакцин превращает его в носителя хронической прививочной инфекции, последовательно ослабляя иммунную систему хозяина и уж никак не «иммунизируя» его! Очень точно выразила это мнение австралийский исследователь д-р Виера Шайбнер: «Иммунитет не является результатом введения патогена (и других инфекционных агентов и токсических веществ). Уже около ста лет официальные иммунологические исследования демонстрируют, что вакцинные инфекции не иммунизируют. Они сенсибилизируют, делают прививаемого более восприимчивым к тем болезням, защищать от которых были призваны, превращают его в хозяина чужеродной бактериальной и вирусной инфекции» (Scheibner V. Congressional Hearings on Hepatits B. 1999. Материал имеется на ряде сайтов в Интернете). Даже с точки зрения простого здравого смысла термин

«иммунизация» не является верным. Иммунизация – это лишь желаемый результат процесса, называемого, как ни крути, вакцинацией. А будет ли на практике этот результат достигнут – совершенно отдельный разговор.

3

В 1957 г. в Ленинграде после прививки живой вакциной от полиомиелита скончались 27 малышей (сообщено автору д-ром Нонной Кухиной, которая была в числе троих детей, тяжело заболевших, но выживших после этой прививки). В 1984 г. в оренбургской больнице Газпрома после прививок погибли восемь новорожденных, несколько тяжело заболели. Вероятная причина – нарушение режима «холодовой цепи» на каком-то этапе (сообщено автору врачом, принимавшим участие в расследовании происшествия и просившим сохранить анонимность). Это только два происшествия, ставших известными автору книги совершенно случайно. А сколько их было всего – кто-нибудь может подсчитать? Сколько детей расплатились здоровьем и даже жизнью за двести с лишним лет массовых прививок?

4

Анисимова Т. Б. Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания. Р/н/Д, 2003, с. 10.

5

Кузъменко Л. Г. и др. Патология вакцинального процесса у детей. *Вестник Российского университета дружбы народов.* 1999, 2, с. 40–60. Там же авторы замечают: «Можно согласиться с мнением С. П. Карпова с соавт., что «явления, в медицинском обиходе деликатно именуемые «побочным действием вакцин», суть не что иное, как видимая часть айсберга, о подлинных размерах которого мы только начинаем догадываться».

6

Из недавнего материала на эту тему: «Аутоиммунные болезни поражают уже одного из каждых десяти человек в Европе и Северной Америке… их частота резко возросла в последние несколько лет, что документировано для сахарного диабета 1-го типа и рассеянного склероза… В последние десять лет накапливаются сообщения о различных побочных эффектах прививок, которые ранее не наблюдались или не признавались… Эти сообщения фокусируются на феномене аутоиммунности и на появлении полностью развившихся аутоиммунных болезней…». Авторы публикации, два израильских профессора из университетских госпиталей «Асаф Ха-Рофе» и «Шиба», заключают ее следующим образом: «Существуют ясные указания на то, что прививки могут вызывать и, вероятно, вызывают аутоиммунные побочные эффекты и могут даже запустить полноценные аутоиммунные болезни, хотя и довольно редко…» *(Tishler M., Shoenfeld Y.* Vaccination May be Associated with Autoimmune Diseases. *1MAJ* 2004; 6:430–432). Все еще «довольно редко»! Сколько же детей должны пострадать от аутоиммунных последствий прививок, чтобы это удовлетворило «научным критериям» – столь строгим, когда речь заходит о том, чтобы признать связь прививок с болезнями и смертями после них, и столь мягким, когда обсуждается польза прививок? См. также *Molina V., Shoenfeld У.* Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity. *Autoimmunity.* 2005; 38(3): 235–245. Благодарю проф. И. Шенфельда за любезно присланные материалы. К слову, способность углеводородных масел, использующихся в вакцинах в качестве адъювантов, к числу которых принадлежит, например, сквален, вызывать аутоиммунные реакции уже показана и в эксперименте. См. *Kuroda Y.* Autoimmunity induced by adjuvant hydrocarbon oil components of vaccine. *Biomedicine amp; Pharmacotherapy.* June 2004; (58)5:325–337.

7

Наличие этого кризиса во взаимоотношениях между «теоретиками» и «практиками» было, например, подтверждено на недавней престижной международной конференции, собравшейся отметить двухсотлетие дженнеровского эксперимента и столетие со дня смерти Пастера: «Иммунология, когда-то поднявшаяся благодаря вакцинологии, сейчас занимается более теоретическими и престижными вопросами. Некоторые иммунологи считают, что встреча вакцинологии и иммунологии была лишь исторической случайностью. Иммунологи задаются вопросом о долгосрочных последствиях прививок. Например, не связано ли увеличивающееся количество лимфом с прививками? В свете появления «новых вирусов» – нет ли замены старых болезней, вытесняемых прививками, на новые, более опасные?» *(Moulin A.-M.* Philosophy of Vaccinology // Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their successors. International Meeting on the History of Vaccinology, 6–8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Paris, 1996, p. 21).

8

Володин Н. Н., Дегтярева М. В. Иммунология перинатального периода: проблемы и перспективы. *Педиатрия,* 2001, 4, с. 4–8.

9

Mendelsohn R. How to raise a healthy child… in spite of your doctor. NY, 1984, p. 233.

10

Parent Comprehension of Polio Vaccine Information Pamphlets. *Paediatrics.* June 1996; 97:6- 809. Новозеландское «Общество осведомленности об иммунизации» («The Immunisation Awareness Society Inc.»), процитировав эти слова, добавило в своем пресс-релизе от 22 сентября 2002 г. краткий комментарий: «Повести себя нужным образом» означает до биться как можно большего числа родителей, делающих своим детям прививки. «Дета ли», на которых не требуется останавливаться, вовсе не те, которые родителям действи тельно нет нужды знать, а те, которые не помогут добиться максимальной вакцинации. Другими словами, «не предоставляйте ту информацию, которая может заставить родите лей отказаться от прививок. Предоставляйте только ту информацию, которая заставит их эти прививки сделать». Перевод Е. Шевенковой (Окленд, Новая Зеландия).

11

Vaccine brochures: AAP proposes changes. *AAP News* June 1989, p. 2. Цит. по: *Neustaedter R.* The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California, 1996, p. xi.

12

Illich I. Medical Nemesis: The Expropriation of Health. NY, 1976, p. 40.

13

Health Aspects of Human Rights. Geneva: World Health Organization, 1976, p 42. Цит. по: *Diodati C J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 15. К этой очень интересной книге Кэтрин Диодати я буду обращаться и в дальнейшем, поэтому мне хотелось бы сказать несколько слов об авторе. Вопросом прививок Диодати занялась после происшествия, закончившегося, к счастью, благополучно. Будучи молодой мамой и слепо, как почти все родители, веря медикам, она отнесла свою маленькую дочь на третью прививку DPT (АКДС). Получив прививку, абсолютно здоровая до того девочка много часов кричала, а затем на неделю впала в коматозное состояние, не реагируя на раздражители. Приглашенный доктор не только отверг какую-либо связь с прививкой, но обозвал мать истеричкой и потребовал, чтобы она и в будущем делала ребенку прививки. Ни слова о возможности побочных эффектов сказано не было. Результатами самостоятельного изучения вопроса стали полный отказ Диодати от всех дальнейших прививок для своего ребенка и написанная в Виндзорском университете (Канада) в 1998 г. работа на степень магистра под названием «Биомедицинская этика: этический аспект массовой иммунизации» (там же, pp. vi-vii).

14

Например, «…отечественный и зарубежный опыт прививочной работы убедительно свидетельствует о том, что без 90–95 % охвата прививками восприимчивого населения в декретированные сроки нельзя добиться значительных и стойких результатов» *(ТайцБ. М., Рахманова А. Г.* Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 302). Или: «…Выраженный эффект при вакцинопрофилактике достигается только в тех случа ях, когда в рамках календаря прививок иммунизируется не менее 95 % детей» *(Онищенко Г. Г.* Иммунопрофилактика как инструмент сохранения здоровья населения и увеличения продолжительности жизни. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2004, 6, с. 4–8).

15

«…Чрезмерное расширение противопоказаний приводит к уменьшению иммунной прослойки и распространению инфекционного заболевания. В результате при возникно вении инфекций здоровью непривитых наносится большой ущерб» *(Адамович М. М. и др.* Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Минск, 2002, с. 30–31).

16

В архивах Минздрава СССР мне удалось найти очень любопытный «Перечень сведе ний, не подлежащих опубликованию в открытой печати, передачах по радио и телевиде нию…», утвержденный тогдашним министром здравоохранения СССР С. П. Буренковым 10 апреля 1981 г. В этот перечень входит п. 96 – «Сведения о количестве поствакцинальных осложнений числом более 5 случаев, возникших одномоментно при проведении массовых и календарных прививок, постановке диагностических проб, возникших при введении гаммаглобулинов и лечебно-профилактических сывороток, – без разрешения Минздрава СССР…» (Минздрав СССР. Оперативные приказы (ДСП). ГАРФ, ф. 8009, оп. 50, д. 9138, л. 186–187).

17

Еще до принятия закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» сотрудник Института философии РАН к.ф.н. П. Д. Тищенко писал: «Существующая практика принудительной вакцинации нарушает следующее фундаментальное право пациентов, записанное в статье 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина». При проведении прививок ни пациенты, ни их родители или опекуны (если речь идет о детях) не информируются в обязательном порядке о противопоказаниях и риске возможных осложнений данного рода медицинского вмешательства. Согласие получается сплошь и рядом формально, пациенты не информируются о своем праве на отказ от прививок» *(Тищенко П. Д.* Вакцинация и права человека // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994). Хотя закон и был принят, ничего не изменилось. И не может измениться, пока медики будут заинтересованы не в *здоровье* своих пациентов, а в *выполнении абсурдных планов повального «охвата».* Российский «Медицинский вестник» (2005, 20, с. 7) в статье «Вирус лидерства совсем не вреден» сообщает об успехах детской городской больницы № 3 г. Тулы и перечисляет такие ее достижения за последние годы – первое место в конкурсе вакцинопрофилактики, лучшая медсестра прививочного кабинета, первое место в «Медик-шоу» (защита прививки АКДС – мюзикл на сюжет «Снежной королевы»)… Но нет ни слова о том, насколько здоровее стали тульские дети от столь впечатляющих достижений своей городской больницы. Наверное, похвастаться нечем?

18

Таточенко В.К., Озерецковский Н.А. Родителям о прививках. М, 2001. Не меньшее недовольство вызывают и те, кто пытается рассказать населению об опасностях прививок: «Следует отметить отрицательную роль антивакцинальной пропаганды, которая периодически звучит в средствах массовой информации и способствует отказу населения от прививок. Во многих случаях эта пропаганда поддерживается медицинскими работниками. Тот, кто ратует за отказ от вакцинации, несет огромную морально-этическую ответственность за тот риск, которому подвергаются непривитые люди» *(Медуницын Н. В.* Вакцинология. М., 1999, с. 262; переписано слово в слово без указания источника в кн.: *Адамович М. М. и др.* Иммунопрофилактика… с. 46–47). О том, что сами прививки – фактор огромного риска, причем риска малоизученного, в отличие от риска хорошо всем известных болезней, в книге белорусских авторов вообще нет ни слова, а российский автор ограничивается перечнем документов, регламентирующих процедуру прививания и получения компенсаций ее жертвами или их родственниками.

19

Вирусолог Г. П. Червонская, долгие годы проработавшая в главном прививочном учреждении бывшего СССР, а ныне главном в России – Государственном научно-исследовательском институте стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов (ГНИИСКе или ГИСКе) им. Л. А. Тарасевича, – пишет в своей книге: «Я очень хорошо знакома с фальсификацией изучения вакцин в нашей стране… Гораздо «выгоднее» распространять откровенную ложь о том, что вакцины будто бы достаточно хорошо изучены на безопасность… Разобщенность специалистов не позволяет вникнуть в детали системы контроля, существующей в ГНИИСКе, монополизировавшем все этапы разработки вакцин в нашем Отечестве…» (*Червонская Г. П.* Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 88).

20

Girard M. Vaccination and auto-immunity: reassessing evidence // Vaccination, Infection amp; Autoimmunity: Myth amp; Reality. Lausanne, October 26–28, 2005. В виде статьи материал опубликован в *Medical Veritas, 2* (2005); 549–554. Доклад завершается следующим образом: «Можно с легкостью привести немало других примеров убогой методологии, выборочных оценок и искажений фактов, позволяющих сделать вывод о том, что исследования и разработка вакцин остаются *на нулевом уровне доказательной медицины»*. Перевод А. Чистяковой (Москва). Благодарю д-ра Марка Жирара (Версаль), любезно приславшего мне свой доклад и иные материалы конференции, а также публикации по связи вакцины от гепатита В с аутоиммунными заболеваниями.

21

Лишь для иллюстрации: «Распространенность микоплазменной инфекции в клеточных культурах, широко используемых в научно-исследовательских лабораториях, значительна, причем в некоторых случаях зараженность коллекций культур превышает 50 %… Недавно из препаратов вакцин против кори, полученных в Китайской Народной Республике, было выделено 13 штаммов *M. gal-Usepficum;* источником этих микоплазм были куриные эмбрионы, на которых выращивали вирус кори… Микоплазменная контаминация вакцин, предназначенных для широкого применения, может быть опасна в свете обнаруженной способности микоплазм изменять антигенные детерминанты макроорганизма и вызывать аутоиммунные последствия» *(Борхсениус С. И., Чернова О. А.* Микоплазмы. Молекулярная и клеточная биология, патогенность, диагностика. Л., 1989, с. 106). Благодарю Владимира Дворянчикова (Тольятти), обратившего мое внимание на этот аспект проблемы и любезно приславшего цитируемый материал. Многие партии вакцин, в процессе производства которых используется телячья сыворотка, заражены вирусом бычьей диареи *(Bolin S. R. et al.* Methods for detection and frequency of contamination of fetal calf serum with bovine viral diarrhea virus and antibodies against bovine viral diarrhea virus. *J. Vet. Diagn. Invest.* July 1991; 3(3):199–203). Вирусы для некоторых вакцин выращиваются на куриных эмбрионах, которые могут быть заражены вирусом птичьего лейкоза. Известна способность этого вируса «прятаться» в геноме хозяина, дожидаясь благоприятного момента, и потом дать начало росту раковых клеток *(Nevins J. R.* Cell Transformation by Viruses // *Knipe D. M. et al. (ed.)* Fields Virology (4th ed), 2001. Vol. I, chap. 10. pp. 245–283 и *Joklik W. K.* Tumor Viruses *II Joklik W. K. et al.* Zinsser Microbiology (20th ed.), 1992. Chap. 59, pp. 869–905).

22

В свое время похожим образом в Пруссии доказывалась необходимость прививок от натуральной оспы: сравнивалась заболеваемость оспой привитых солдат – молодых мужчин, взятых в армию благодаря крепости своего здоровья, с заболеваемостью всего непривитого населения, включавшего недоношенных младенцев, хронически больных, инвалидов и пр., и делался вывод в пользу прививок.

23

The 396 Million Dollar Experiment. Ottawa: The Nightingale Research Foundation, 1994. Цит. по: *Diodati C J. M.* Immunization… p. 125.

24

Российский гомеопат д-р Лев Бразоль писал в своей книге 120 лет назад: «…Не могу обойти молчанием очередные вопросы земства "о наилучшей организации оспопрививания на суммы земских сборов". Из всех видов мотовства и расточительности это самое безумное и отвратительное: затрачиваются ежегодно миллионы облитых кровью и потом трудовых денег русского народа на подрыв его здоровья и жизни, и еще задаются вопросом, как наилучшим образом лишить его этих священных и неприкосновенных прав за его собственные дорогие деньги» *(Бразоль Л. Е.* Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания. Харьков, 1885, с. 140).

25

Горбунова А. Главное – профилактика. *Петербургский дневник,* № 32 (44) от 15 сентября 2005 г., с. 5.

26

Tenpenny S. J. Vaccines. The Risks. The Benefits. The Choices. Parental Manual.

27

Червонская Г. П. Прививки… с. 384.

28

Вопреки канонам. *Здоровье* (Казахстан), июнь 2002 г.

29

Simpson R. V. RNA-Containing Viruses in Human Can Be Transcripted Into DNA-Proviruses. Здесь интересно будет добавить, что после того, как это заявление стало достоянием гласности и вызвало немало шума, работа в этом без преувеличения жизненно важном направлении была Симпсоном полностью свернута… в связи с тем, что выполнявший ее исследователь покинул лабораторию. А еще говорят, что незаменимых людей нет! См. *Mendelsohn R. S.* Immunizations. The terrible risk your children face that your doctor won't reveal. 1988, pp. 28–29.

30

Moscowitz R. The Case Against Immunizations. *Journal of the American Institute of Homeopathy.* March 1983; 76:7.

31

Игнатьева Г. А. Иммунная система и патология // Актуальные проблемы патофизиологии (избранные лекции) под редакцией академика РАМН Б. Б. Мороза. М., 2001, с. 116.

32

Coulter H. L. Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain. Washington, 1988.

33

CoulterH. L., Fisher B. L. A Shot in the Dark. NY, 1991, p. 150. Здесь и далее я цитирую не первое издание книги 1985 г., а издание 1991 г., расширенное и переработанное авторами в связи с произошедшими в США изменениями в законодательстве.

34

Koskiniemi M. et al. Epidemiology of encephalitis in children. A prospective multicentre study. *Eur. J. Peel.* July 1997; vol. 156, 7:541-5.

35

Cm. *Coulter H. L.* Vaccination… pp. 159–160.

36

Петров В. Ю. и др. Острая тромбоцитопеническая пурпура у детей, ассоциированная с введением противокраснушной вакцины. *Педиатрия,* 2003, 6, с. 51–56.

37

Там же.

38

Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 631–632. А вот что говорил известный французский микробиолог Гастон Рамон: «В вопросе об устранении возбудителя как вида есть философский аспект: допустимо ли вообще высокомерно считать, что будто нам все дозволено, в том числе безнаказанно ликвидировать биологические виды, которые существуют миллионы, а то и миллиарды лет? Не займут ли их место под солнцем другие, куда более агрессивные микробы?» *(Ба-роян О. В.* Закономерности и парадоксы. Раздумия об эпидемиях и иммунитете, о судьбах ученых и их труде. М., 1986, с. 83).

39

Шарапова О. В., Корсунскип А. А. Инфекционные болезни у детей: прошлое, настоящее и будущее. *Детские инфекции,* 2003, 1, с. 4–6.

40

Ковалева Е. П. Теоретическое обоснование снижения инфекционной заболеваемости. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1998, 3, с. 4–8. Там же сообщается: «ВОЗ в свое время затратила огромные средства на получение живой и инактивированнои вакцины против трахомы. Обе вакцины снижали заболеваемость не более чем в 1,7–2,5 раза, т. е. оказались неэффективными».

41

Цит. по: *Филиппов А. Н.* Гигиена детей. 4-е изд. М., 1909, с. 266–267.

42

«Государственная политика в области иммунопрофилактики направлена на предупреж дение, ограничение распространения и ликвидацию инфекционных болезней» (Закон об иммунопрофилактике инфекционных болезней РФ № 157-ФЗ от 17 сентября 1998, статья 4, п. 1). Разумеется, никто и не мыслит, что предупреждать, ограничивать и ликвидировать инфекционные болезни можно как-то иначе, нежели с помощью массовых прививок.

43

Из резолюции Первого конгресса (2002 г.): «На фоне больших успехов в борьбе с корью, эпидемическим паротитом, коклюшем, дифтерией недопустимо положение с краснухой… Задача состоит в том, чтобы незамедлительно начать реализовывать программу поголовной вакцинопрофилактики, как это делается во многих странах» *(Детские инфекции,* 2003, 1, с. 69–70). Из резолюции Второго конгресса (2003 г.): «Решение проблемы гепатита А лежит на пути поголовной вакцинации… Решение многих проблем инфекционной патологии связано с вакцинопрофилактикой. Улучшение качества жизни детей может быть обусловлено только прогрессом методологии вакцинопрофилактики и активного внедрения в практику здравоохранения новых совершенных вакцин… Учитывая эффективность вакцинопрофилактики в борьбе с инфекционной патологией, проводимой в детском возрасте, необходимо усилить подготовку педиатров-инфекционистов по вопросам специфической иммунопрофилактики… Необходимо создание постоянно действующей комиссии при МЗ РФ, которая систематически должна проводить пересмотр и расширение календаря прививок за счет введения в него новых вакцин» *(Детские инфекции,* 2004, 1, с. 70–71). Из резолюции Третьего конгресса (2004 г.): «…Решение проблемы гепатита В лежит на пути дальнейшего наращивания усилий по вакцинопрофилактике этой инфекции… Считать, что решение многих проблем инфекционной патологии у детей связано с вакцинопрофилактикой. Необходимо способствовать прогрессу методологии вакцинопрофилактики и активному внедрению в практику здравоохранения новых совершенных вакцин. Активизировать работу по охвату профилактическими прививками против гепатита В, краснухи, коклюша и гриппа. Создать юридические основания вакцинопрофилактики в РФ и развивать негосударственную вакцинацию…» *(Детские инфекции,* 2005, 1, с. 4–5). Невольно вспоминается библейское «…Голос, голос Иакова; а руки, руки Исавовы». О себе журнал, издаваемый тиражом в 5 тыс. экз., не без гордости сообщает на 1-й странице: «Журнал «Детские инфекции» является рецензируемым изданием и внесен в Перечень ведущих научных журналов и изданий ВАК, в которых должны быть

опубликованы результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук». А по-моему, публиковаться в подобном «рецензируемом издании» для любого уважающего себя врача – позор!

44

Учайкин В. Ф. Роль инфекции в патологии детей. *Педиатрия,* 2000, 5, с. 23–26.

45

Червонская Г. П. Прививки… с. 15. В этой подгруппе также были В. К. Таточенко и Н. А. Озерецковский, чьи фамилии, как и фамилия Учайкина, нередко будут встречаться нам на протяжении книги.

46

«В телевизионном интервью один итальянский политик сказал, что сущностью мафии является не насилие, а органически присущее ей проникновение частных интересов в процесс принятия политических решений. Это то, чего надо избегать любыми средства ми» *(Gaublomme C.* The Children's Vaccine Initiative. An open window upon global vaccination strategies. *The International Vaccination Newsletter June* 1998).

47

Так, по имеющимся данным в России здоровых учащихся в «традиционных» школах насчитывалось не так давно 10,1 %, а в новых (лицеи, гимназии и пр.) – всего 2,3 %. В 1998 г. в России было 600 тыс. детей-инвалидов. «40 % пополнения последних призывов в армию не могли выполнить нормативы по физической подготовке, 11,5 % имели дефицит массы тела, каждый 4-й из новобранцев требовал медицинского контроля по причине ослабленного здоровья и наличия хронических заболеваний, а у 28 % обнаружилось отставание в умственном развитии» *(Щепин О. П., Тишук Е. А.* Здоровье и физическое развитие детей в России в 1985–2000 гг. *Российский педиатрический журнал,* 2004, 1, с. 47–49). А вот что заявляет в интервью главный государственный санитарный врач РФ Г. Онищенко: «Данные Всероссийской диспансеризации детей, проведенной в 2002 г., говорят о том, что 32 % детей страдают болезнями крови и кроветворных органов, в основном за счет анемии. В первую группу практически здоровых детей попали всего 33,5 %, причем за последние годы эта цифра упала с 45 %. Сегодня 68 % состоят на диспансерном учете, 73 % нуждаются в лечении, 10 % требуют стационарной медицинской помощи» *(Медицинский вестник,* 2005, 1 (308), с. 5). Озаглавлено интервью высокопарно – «Мы, медицинское сообщество, позволили это…», но напрасно читатели будут искать там хотя бы тень признания того колоссального вреда, который приносят здоровью детей массовые прививки и биопробы, низкая квалификация врачей, назначающих агрессивное и не продиктованное никакой необходимостью лечение (последний факт нашел отражение даже в недавней публикации в престижном международном журнале – см.: *Duke T. et al.* Quality of hospital care for children in Kazakhstan, Republic of Moldova, and Russia: systematic observational assessment. *Lancet* March 18, 2006; 367(9514):919–925), халатность медицинского персонала, внутрибольничные инфекции и многое другое, в чем повинно именно медицинское сообщество, позволяющее себе все это, и никто другой.

48

Ревякина В. А. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей и организация педиатрической аллергологической службы в России. *Педиатрия,* 2003, 4, с. 47–52.

49

Балаболкин И. И. Проблемы профилактики аллергических заболеваний. *Педиатрия,* 2003, 6, с. 4–7.

50

См.: *Червонская Г, П.* Прививки… с. 384.

51

Многие задаются вопросом: ладно, с миром капитала все понятно, но кто выигрывал на прививках в соцстранах? Я считаю, что именно легкость получения вполне весомых со циальных благ через смехотворные прививочные «научные исследования» была здесь одним из самых важных двигателей. Добавлю еще цитату: «Что касается методов всеобщей вакцинации, то через них могут реализовываться интересы органов здравоохранения в демонстрации своей способности решать возникающие проблемы, интересы разработчиков вакцин, их производителей, а также интересы тех, кто осуществляет закупку вакцин или их компонентов по импорту» *(Тищенко П. Д.* Вакцинация…). И через четыре года эхом ему ответил российский журнал, рупор прививочного дела: «Проведенная в 1996 г. прививочная кампания значительно активизировала работу и изменила отношение к вакцинопрофилактике многих медицинских работников и населения, показала возможность практического здравоохранения в решении задач общенационального масштаба» *(Онищенко Г. Г.* Эпидемиологическая обстановка по инфекционным заболеваниям, управляемым средствами специфической профилактики, и основные направления профилактики этой группы заболеваний в РФ. *Журнал микробиологии,* 1998, 1, с. 37).

Кроме того, компенсации, которые приходится с боем добывать через суды, очень часто не обеспечивают даже минимальных потребностей изувеченного прививками. Например, относительно российских компенсаций: «…Величина некоторых из этих компенсаций, на мой взгляд, представляется совершенно несоразмерной причиненному вреду…», – тактично замечает в своей книге немолодой московский педиатр *(Тимофеева А. М.* Беседы детского доктора. М., 2000, с. 143). Пермский школьник А. В., который в ноябре 1996 г. после сделанной в школе плановой прививки от клещевого энцефалита превратился в тяжелого инвалида, нуждающегося в постоянном уходе, по решению суда ежемесячно получает от искалечившей его больницы сумму… эквивалентную примерно 14 долларам США. У подростка были противопоказания к прививке, на которые не обратили внимания. Чтобы добиться и этих жалких грошей, потребовались два года разбирательства в суде, привлечение независимой экспертизы из Москвы (как нетрудно догадаться, местные судмедэксперты никакой вины своих коллег не усмотрели), активное участие Пермского медицинского правозащитного центра, оплатившего услуги юристов… Через 8 лет после происшествия суд все-таки назначил выплату компенсации за моральный ущерб – около 4200 долларов США, что, как сообщается на веб-сайте упоминавшегося выше пермского центра, самая крупная в истории Пермской области компенсация по медицинским делам. И это при том, что причинно-следственная связь и халатность медиков были несомненны! Что же тогда говорить о более сложных разбирательствах? Позднее выяснилось, что серия вакцины, от которой пострадал подросток, выпущенная томским НПО «Вирион», вызвала осложнения разной степени тяжести у 30 человек и была отозвана.

53

Подробнее см. *Geier D., Geier M. J.* The true story of pertussis vaccination: a sordid legacy? *Hist. Med. Allied Sci.* July 2002; 57(3):249-84. Даже при той отчаянной борьбе, которую вели (и продолжают вести) медицинские власти против семей искалеченных и погибших детей, в результате чего всего лишь *четверть* обратившихся за компенсацией в итоге ее добивается, к 1997 г. свыше тысячи семей получили компенсации на сумму около 1 млрд долларов.

54

Tyler A. Vaccination: the Hidden Facts. *London Evening Standard Magazine* September 1991, p. 74.

55

Shaw V. Parents' anger over MMR threat to GPs. *Leeds Today* January 12, 2004.

56

Sumner-Burstyn B. Immunisation choice challenges the herd mentality. *New Zealand Herald* June 26, 2002.

57

«О массовой иммунизации населения против дифтерии» 2 февраля 1993, п. 6. Цит. по: *Червонская Г. П.* Мифы и правда о прививках // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М, 1994.

58

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 109.

59

Тимофеева А. М. Беседы… с. 131.

60

Вот письмо известного российского педиатра, члена-корреспондента АМН СССР, зам. директора Института педиатрии АМН СССР проф. С. Д. Носова (1902–1989) начальнику Главного управления лечебно-профилактической помощи детям и матерям Минздрава СССР Л. К. Скорняковой от 11.01.1968, в котором он просит ее разрешить старшему научному сотруднику инфекционного отделения В. П. Брагинской «периодически знакомиться с поступающими рекламациями на различные вакцины и проводить клинический анализ всех случаев необычных реакций и осложнений после прививок». Обоснование: «Согласно указаниям Мосгорздравотдела, в инфекционную клинику Института госпитализируются все дети с различными поствакцинальными осложнениями. Сотрудники инфекционного отделения широко привлекаются к консультациям по различным вопросам, связанным с этой проблемой, а также участвуют в составлении различных приказов, наставлений и инструкций по профилактике поствакцинальных осложнений и тяжелых реакций на прививки» (ГАРФ. ф. 8009, оп. 50, д. 76, л. 1). Приказы, наставления и инструкции, как можно понять из этого письма, составлялись Институтом педиатрии в полном неведении о качестве вакцин, полная информация об этом была доступна лишь высшим советским медчиновникам!

61

Здесь и далее цитируя бюллетень «Вакцинация», я обращаюсь к архивам его on-line версии, доступным на сайте privivka.ru, который содержится за счет производителя вакцин, компании «Санофи Пастер».

62

В статье, опубликованной пятью сотрудниками московского Центрального НИИ эпидемиологии МЗиСР РФ среди которых есть даже профессор, совершенно серьезно написано следующее: *«Затраты на лечение поствакцинальных осложнении.* Используемые показатели: число привитых по контингентам – 1452 тыс., частота осложнении – З/о, число осложнений 43 578 случаев, стоимость 1 случая – 10 руб. Всего затраты составили 726 тыс. руб.» *(Филатов И. Н. и др.* Экономическая эффективность вакцинопрофилактики гепатита В в условиях Москвы. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2004.,5. с. 14–15). Дело здесь не в том, что умножение 43 578 на 10 никогда не даст в итоге 726 тыс. десять рублей – стоимость проезда на автобусе – объявлены стоимостью одного случая осложнений! При этом, учитывая, что обычно для таких оценок берут средние величины, необходимо допустить, что некоторые случаи должны стоить *меньше* 10 руолеи. jto уровень публикаций в ведущем российском профессиональном журнале по эпидемиологии и инфекционным болезням…

63

См., например, *Озерецковский Н. А.* Система регистрации и расследования поствакци нальных осложнений в России. *Вакцинация,* 2000, март-апрель; «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика. Методические указания МУ 3.3.1.1123-02 (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26 мая 2002 г.)» или *Федоров А. М. и др.* Поствакцинальные осложнения. *Детские инфекции,* 2004, 2(7), с. 17–19.

64

Безопасность иммунизации. Что необходимо делать при развитии реакций, предположительно связанных с вакцинацией или иммунизацией? (Панамериканская организация здравоохранения, PAHO/WHO, Вашингтон, 2002, с. 12). Заслуживают внимания и другие откровения и полезные советы из этого документа: «В контексте РПСВИ критической ситуацией следует считать такую ситуацию, когда возникает реальная опасность утраты населением доверия к вакцинам или к службам, осуществляющим иммунизацию населения, причиной чего стали сообщения о возникших побочных реакциях… Всегда нужно составлять планы мероприятий, которые должны проводиться при возникновении любой поствакцинальной реакции… Критическая ситуация может быть… следствием отсутствия планирования, неправильной работы с представителями средств массовой информации, отсутствия поддержки со стороны населения или недостаточного объема и низкого качества информации по вопросам иммунизации… Установите деловые отношения со средствами массовой информации, прежде всего с журналистами, специализирующимися на проблемах медицины и здравоохранения. Необходимо постоянно обеспечивать средства массовой информации общей информацией по медицинской тематике… Особое внимание уделяйте установлению контактов с наиболее авторитетными журналистами, чья поддержка может потребоваться вам в случае возникновения критической ситуации… Заручитесь поддержкой со стороны местных работников, ответственных за связь со средствами массовой информации… Проведите самоусовершенствование и обучение других сотрудников программ иммунизации (в том числе и работников высшего уровня). Включите в учебные группы и работников местного звена, чтобы представить их средствам массовой информации. Необходимо уделить специальное внимание подготовке письменных материалов и обучению специалистов тому, как следует давать интервью корреспондентам газет, радио и телевидения. Расскажите персоналу о целевых группах населения и о важности языка жестов… Организуйте помощь людям, столкнувшимся с проблемой поствакцинальных реакций, – например, оплатите все

дополнительные расходы или организуйте консультативную помощь по телефону и информируйте об этом общественность. Рассмотрите возможность привлечения к решению проблемы представителей власти, знаменитых спортсменов и других широко известных личностей, которые выразили желание публично поддержать программу вакцинации… Не давайте информацию, о которой вас не спрашивали и которая может создать щекотливую ситуацию» (с. 21–25, 30). Материал доступен в Интернете.

65

Бектемиров Т. Л. Побочное действие вакцин. *Вакцинация,* 2000, март-апрель.

66

Влияние профилактических прививок на организм ребенка. Под ред. проф. С. Д. Носова. Л., 1968, с. 179.

67

Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных. Острый период и поздние осложнения. М, 2005, с. 329–331.

68

Бразоль Л. Е. Мнимая польза и действительный вред оспопрививания. СПб, 1884, с. 47.

Таточенко В. К., Озерецковский И. А. Родителям о прививках. М., 2001.

70

Бектемиров Т. А. Побочное действие вакцин. *Вакцинация,* 2003, июнь-июль.

71

Ива*нова В. В. и др.* Дифтерия у детей. СПб, 2000, с. 242.

72

Вакцинопрофилактика (справочник для врача). Под ред. В. К. Таточенко, Н. А. Озерецковского. М., 1994, с. 125. По поводу исходов тромбоцитопенической пурпуры как результата прививок и биопроб см. предыдущую главу и главу о туберкулезе.

Федоров А. М. Поствакцинальные…

74

Nakayama T. et al. Long-term regulation of interferon production by lymphocytes from chil dren inoculated with live measles virus vaccine. *J. Infect. Dis*. Dec 1988; 158(6):1386-90.

76

Вакцинопрофилактика… с. 104–105.

77

Мониторинг…

78

Влияние… с. 154.

79

Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок (утв. главным государственным санитарным врачом РФ 9 января 2002 г.). Чаще всего пресловутая рациональная тактика представляет собой банальное закармливание ребенка антигистаминными препаратами (супрастин, тавегил), имеющими немало побочных эффектов, до и после прививки. Истинная рациональность такого подхода главным образом в том, что он позволяет острые поствакцинальные реакции превращать в отсроченные, которые несравнимо легче списать на «совпадение» или «наслоение». Вполне рациональным считается госпитализировать больного ребенка для того, чтобы сделать ему прививку, – под рукой реанимационное отделение на случай, если после «необходимой профилактики» пациента придется спасать.

80

Там же. Примечательно, что 80 % детей, больных аутизмом (болезнью, связь которой с прививками ныне активно обсуждается – см. главу о кори), страдают и от тяжелых аллергий. Непропорционально большое количество аллергических заболеваний наблюдается у детей и подростков с различными поведенческими нарушениями, которые также могут быть связаны с прививками. Ныне никакая аллергия уже не преграда для прививания. А между тем в своих опытах педиатр-иммунолог из Сан-Франциско Кевин Джерати показал, что у мышей из группы, никак не реагировавшей на прививку DPT (АКДС), возникали тяжелейшие реакции на ту же самую прививку после предварительного введения гистамина (вещества, во многом ответственного за аллергические реакции), и они быстро погибали в эпилептических припадках *(Coulter H. L.* Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain. Washington, 1988, p. 153).

81

«2.1 Использование для массовой иммунизации современных высокоэффективных, малореактогенных вакцин привело к резкому сокращению частоты тяжелых реакций и осложнений, возникающих в поствакцинальном периоде» (там же).

82

Там же.

83

Там же.

Федоров А. М. Поствакцинальные…

85

Мониторинг…

86

Там же.

87

Вакцинопрофилактика… с. 131 и 133.

Озерецковский Н. А. Система…

89

Вакцины, поствакцинальные реакции и функциональное состояние организма приви тых. Уфа, 1986, с. 35.

90

Камалов И. И. Живая вакцина против клещевого энцефалита – проблемы и перспекти вы. Актовая речь, посвященная памяти академика А. А. Смородинцева. СПб, 1991, с. 6.

91

Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 55–56.

92

«Сведения о… поствакцинальных осложнениях… подлежат государственному статистическому учету» (Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных бо лезней», ст. 17.1).

93

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Управление охраны здоровья матери и ребенка (№ 133/8-39), Департамент Госсанэпиднадзора (№ 1100/769-98-113). Современные подходы к вопросам вакцинопрофилактики и раннего выявления туберкулез ной инфекции у детей. Приложение к письму от 14 апреля 1998 г.

94

См. http://weldon.house.gov/UploadedFiles/RepWeldonMDonIOM.pdf

95

Медуницын Н. В. Этические проблемы вакцинопрофилактики. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1996, 2, с. 9–12.

96

Львова И. И. и др. Мониторинг событий поствакцинального периода. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2004, 5, с. 19–22.

97

Там же.

98

Там же.

99

Эта оценка (в органы учета и контроля сообщается не более чем о 10 % реального числа осложнений, сопровождающих медицинские процедуры) приводилась многими специалистами. Например, д-р Джон Гриффин, бывший редактор журнала «Побочные эффекты лекарств» (Adverse Drug Reactions), заявил: «Сообщается лишь об одной смерти из двух, а для побочных реакций это соотношение равняется 1 к 10» *(Marsh B.* Secret report reveals 18 child deaths following vaccinations. *Telegraph* 12.02.2006).

100

Червонская Г. П. Прививки… с. 396.

101

Научные обзоры по токсичности и опасности химических веществ, 1982, 13, с. 37. В своем отчете комиссия ответила на вопросы «Могут ли быть сделаны из имеющихся данных выводы – в отношении человека – о том, существует или нет «неэффективный уровень»? Какое значение в этом отношении имеет тот факт, что формальдегид является нормальным продуктом метаболизма млекопитающих?» следующим образом: «Основываясь на том, что формальдегид характеризуется как слабый инициатор с промоторным действием… на практике можно допустить существование порогового уровня канцерогенной активности формальдегида. Тот факт, что формальдегид является нормальным продуктом метаболизма у млекопитающих, не имеет отношения к этому заключению» (там же, с. 38).

102

Budavari S. et a/. The Merck Index: An Encyclopedia of Chemicals, Drugs and Biologicals. 1996, p. 662. Цит. по: *Diodati C. J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 68.

103

Anderson K. et al. Mosby's Medical, Nursing, and Allied Health Dictionary, 1994, p. 1208. Цит. Ibid., p. 69.

104

Fiejka M., Aleksandrowicz J. Aluminum as an adjuvant in vaccines and post-vaccine reactions. *Rocz. Panstw. Zakl. Hig.* 1993; 44(l):73–80.

105

Bergfors E. et al. Unexpectedly high incidence of persistent itching nodules and delayed hyper-sensitivity to aluminium in children after the use of adsorbed vaccines from a single manufacturer. *Vaccine* Dec 8, 2003; 22(l):64-9 и *Bergfors E. et al.* Nineteen cases of persistent pruritic nodules and contact allergy to aluminium after injection of commonly used aluminium-absorbed vaccines. *Eur. J. Pediatr.* July 26, 2005.

106

Gherardi R. K. et al. Macrophagic myofasciitis lesions assess long-term persistence of vac cine-derived aluminium hydroxide in muscle. *Brain* Sept. 2001; 124(9):1821–1831. См. также *Brenner A.* Macrophagic myofasciitis: a summary of Dr. Gherardi's presentations. *Vaccine* May 31,2002;20Suppl., 3:S5-6.

107

Authier F. J. et al. Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis. *Brain* May 2001; 124(Pt 5):974-83.

108

Vascellari M. et al. Fibrosarcomas at Presumed Sites of Injection in Dogs: Characteristics and Comparison with Non-vaccination Site Fibrosarcomas and Feline Post-vaccinal Fibrosarcomas. *Vet. Med. A Physiol. Pathol. Clin. Med.* Aug 2003; 50(6):286-91.

109

Gherardi R. K. Lessons from macrophagic myofasciitis: towards definition of a vaccine adjuvant-related syndrome. *Rev. Neurol. (Paris)* Feb 2003; 159(2): 162-4.

110

Redhead K. et al. Aluminium-adjuvanted vaccines transiently increase aluminium levels in murine brain tissue. *Pharmacol. Toxicol.* Apr 1992; 70(4):278-80.

111

KirschmanJ. D., Dunne L.J. Nutrition Almanac. 1984, p. 65 Цит. по: *Diodati C J. M.* Immu nization… p. 71. См. также экспериментальные данные в *Bilkei-Gorzo A.* Neurotoxic effect of enteral aluminium. *Food Chem. Toxicol.* May 1993; 31(5):357–61.

112

Simmer K. Aluminium in Infancy // *Zatta P. F., Alfrey A. C. (Eds)* Aluminum Toxicity in Infants' Health and Disease, 1997.

113

Некоторые вопросы токсичности ионов металлов. М., 1993, с. 53, 56.

114

Там же, с. 145.

115

Малое А. А. и др. Особенности диагностики и тактика ведения больных при меркуриализме. *Токсикологический вестник,* 2004, 5, с. 8–15.

116

Изучением вопроса о генетической предрасположенности к токсическому влиянию ртути на развитие нервной системы занималась группа профессора-эпидемиолога Мэйди Хорниг из Колумбийского университета. Исследователи воспроизвели у мышей график детских прививок и обнаружили, что отдельные гены, кодирующие иммунные ответы, которые связаны с тканевой совместимостью, определяют развитие или отсутствие аутоиммунных болезней в ответ на введение вакцинной ртути. См. *Hornig M. et al.* Neurotoxic effects of postnatal thimerosal are mouse strain dependent. *Mol. Psychiatry* 2004, 9:833–855 и доклад проф. Хорниг конгрессу США «Truth Revealed: New Scientific Discoveries Regarding Mercury in Vaccines and Autism» 8 сентября 2004 г. (имеется на ряде сайтов в Интернете).

117

Frustaci et al. Marked elevation of myocardial trace elements in idiopathic dilated cardiomy- opathy compared with secondary cardiac dysfunction. *Journal of American College ofCardiol ogy* 1999; 33(6):1578–83.

118

Pendergrass J. C, Haley B. E. Inhibition of brain tubulin-guanosine 5'-triphosphate interac tions by mercury: Similarity to observations in Alzheimer's diseased brain. In: *Metal Ions in Biological Systems* 1996(34):461-78; *Leong C. C. W. et al.* Retrograde Degeneration of Neurite Membrane Structural Integrity and Formation of Neurofibillary Tangles at Nerve Growth Cones Following in Vitro Exposure to Mercury. *NeuroReports* 2001, 12(4):733–737; *Pendergrass J. C et al.* Mercury Vapor Inhalation Inhibits Binding of GTP to Tubulin in Rat Brain: Similarity to a Molecular Lesion in Alzheimer's Disease Brain. *Neurotoxicology* 1997, 18(2):315–324; *Gun- nersen D., Haley B.* Detection of glutamine synthetase in the cerebrospinal fluid of Alzheimer diseased patients: a potential diagnostic biochemical marker. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA* Dec 15, 1992; 89(24):11949-53.

120

Там же.

121

Geier D., Geier M. From Epidemiology, Clinical Medicine, Molecular Biology and Atoms, to Politics: A Review of the Relationship between Thimerosal and Autism. Institute of Medicine, US National Academy of Sciences, Jan 2004. Перевод Е. Пескина (Москва).

122

Соболев М. Б. Методы оценки и снижения токсического действия ртути в дозах малой интенсивности у детей / Автореферат диссертации на соискание ученой степени канди дата медицинских наук. СПб, 1999, с. 1.

124

См. *Rowland I. R. etal.* Effects of diet on mercury metabolism and excretion in mice given methylmercury: role of gut flora. *Arch. EnvironHealth*Nov-Dec 1984; 39(6):401-8.

125

Некоторые вакцины, производимые в США сегодня, свободны от ртути для употребле ния на внутреннем рынке, но содержат ртуть в предназначенных на экспорт сериях.

126

Вакцинаторы в свою защиту нередко заявляют, что из окружающей среды человек по лучает метилртуть, в то время как из вакцин – этилртуть, а это-де совершенно разные вещи. Однако исследования показали, что принципиальной разницы в токсикологии этих веществ нет. См., например, *Magos L. et al.* The comparative toxicology of ethyl- and methylmercury. *Arch. Toxicol.* 1985; 57:260–267, *Pichard A.* Mercury and its Derivatives. INERIS, Compilation of Toxicological and Environmental Data on Chemicals, July 2000, pp. 1–45 и др. Цит. по: *GeierD.* From Epidemiology…

127

Burbacher T. M. et al. Comparison of Blood and Brain Mercury Levels in Infant Monkeys Ex posed to Methylmercury or Vaccines Containing Thimerosal. *Envir. Health Persp.* April 2005.

128

Vargus D. L. et al. Neuroglial activation and neuroinflammation in the brain of patients with autism. *Annals of Neurology* 2005, 57:67–81.

129

Bernard S. et al. The role of mercury in the pathogenesis of autism. *Mol. Psychiatry* 2002; 7: S42-S43. Цит. по: *Geier D.* From Epidemiology…

130

Havarinasab S. et al. Immunosuppressive and autoimmune effects of thimerosal in mice. *Toxicology and Applied Pharmacology* 2005 (204); 109–121.

131

aley B. Mercury toxicity: Genetic susceptibility and synergistic effects. *Medical Veritas 2* (2005); 535–542. Излагая данные своих исследований, проф. Хейли подчеркнул ту настой чивость, с какой медицинские власти стараются возложить ответственность за меркуриализацию населения на рыбу, хотя имеющиеся научные данные однозначно указывают на зубные амальгамы и вакцины как главные источники ртути, при этом ртути самой опасной. Против рыб не подашь иски в суд и не получишь с них компенсацию, чего нельзя сказать о медицинских чиновниках, не только позволивших в свое время бесконтрольное использование ртути в биопрепаратах, но и прилагающих ныне все усилия, чтобы избе жать ответственности. Благодарю проф. Хейли за любезно присланные материалы.

132

Baskin D. et al. Thimerosal induces DNA breaks, caspase-3 activation, membrane damage, and cell death in cultured human neurons and fibroblasts. *Toxicol. Sci.* Aug 2003; 74(2):361-8.

133

Waly M. et al. Activation of methionine synthase by insulin-like growth factor-1 anddopamine: a target for neurodevelopmental toxins and thimerosal. *Mol. Psychiatry* 2004; 1–13. Цит. по: *Geier D.* From Epidemiology…

134

James S. J. et al. Metabolic biomarkers of increased oxidative stress and impaired methylation capacity in children with autism. *Am. J. Clin. Nutr.* Dec 2004; 80:1611-7.

135

Ссылка на *Geier D. A., Geier M. R.* A comparative evaluation of the effects of MMR immunization and mercury doses from thimerosal-containing childhood vaccines on the population prevalence of autism. *Med. Sci. Monit.* 2004; 10(3):133–139.

136

Miller D. Mercury on the mind. Http://www.mercola.com/2004/oct/16/mercury.htm. Перевод О. Ващенко (Москва).

137

См. *Ryu Y. H. et al.* Perfussion impairments in infantile autism on technetium 99m ethyl cysinate dimer brain single photon emission tomography: comparison with findings with mag- neticresonance imaging. *European J. Nuclear Med.* 1999; 26:253–259 и *Starkstein S. E. et al.* SPECT findings in mentally retarded autistic individuals. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2000;12:370–375. Цит. по: *GeierD.* From Epidemiology…

138

Haley B. Mercury…

139

Verstraeten T. etal. Safety of thimerosal-containing vaccines: a two-phase study of computer ized health maintenance organization databases. *Pediatrics* 2003, 112: 1039–1048.

140

Verstraeten T. et al. Thimerosal VSD Study. Phase I. Update 29/2/2000. Сканированный доклад выложен на некоторых сайтах в Интернете. Национальные законы о свободе информации служат важным подспорьем для граждан, желающих познакомиться не со стандартным прививочным агитпропом, а с правдивыми данными. Так, аналогичный британский закон сделал недавно достоянием гласности секретный правительственный отчет, упоминавший о 18 детских смертях и 800 только официально зарегистрированных случаях осложнений после прививок, случившихся в период с 2001 по 2004 г. *(Marsh B.* Secret report reveals 18 child deaths following vaccinations. *Telegraph* 12.02.2006).

141

«Такой подход (Института медицины. – *А. К.)* трудно понять, учитывая наши ограниченные познания в токсикокинетике и нейротоксичности тимеросала – соединения, ко торое вводится и будет вводиться миллионам новорожденных и детей» *(Burbacher T. M.* Comparison…).

142

Червонская Г. П. Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 130.

143

Там же, с. 97.

144

В своей новой книге, о которой я говорил в предыдущей главе, Хилари Батлер при водит цитату из главы «Правила и нормы» американского правительственного *Federal Register* (June 1984; 1st, vol. 98, No 107, p. 23007): «…Какие-либо сомнения в отношении безопасности прививок, вне зависимости от того, обоснованы они или нет, в свете необходимости гарантировать максимальное использование вакцин, соответствующее целям национального здравоохранения, не имеют права на существование». Сомнения в отношении прививок запрещены!

145

Мнения специалистов разных дисциплин (материалы собраны Червонской Г. П.) // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

146

Там же.

147

Там же.

148

Жемчугов В. Е. Как мы делали химические вакцины. М., 2004, с. 169. Интересно, что после провала этого проекта на повестку дня вакцинаторов встал новый – производства противозачаточных средств, также не состоявшийся (с. 172). Читая об этих безуспешных попытках разработчиков и производителей вакцин найти себе занятость на фронте борь бы с жизнью в той или иной форме, мне вспомнилось, что известная прививочная компания «Авентис Пастер» является дочерней компанией той самой «Хехст», что вместе с «БАСФ» и «Байером» возникла на месте нацистской «И. Г. Фарбен», производившей газ «Циклон Б», которым уничтожили миллионы людей. Конечно, вакцины к злодеяниям нацистов отношения не имеют, они не более чем обыкновенный выгодный бизнес, с таким же успехом «Авентис» могла бы производить витамины или таблетки от головной боли, но я уверен, что Эрих Фромм усмотрел бы в таких совпадениях несомненную тенденцию к некрофилии и взял их в свою «Анатомию человеческой деструктивности».

149

Haley B. Mercury…

150

Подробно история натуральной оспы и борьбы с ней, включая опыты Дженнера и его последователей, будет изложена в моей книге «Прививки: государство против граждан».

151

Именно *натуральная оспа.* Название «черная оспа», еще встречающееся у некоторых малограмотных авторов, на самом деле является просторечным наименованием лишь самого тяжелого варианта течения натуральной оспы, а именно геморрагического, а не заболевания в целом. В дальнейшем в этой главе я буду использовать термины «натуральная оспа» и «оспа» для обозначения одной и той же болезни, вызываемой вирусом variola.

152

От лат. *inoculare* – пересаживать, переносить *(Арнаудов Г.* Terminologia medica poly- glotta. Медицинская терминология на пяти языках. София, 1979, с. 214). Вообще идея искусственного заражения инфекционными болезнями известна разным человеческим культурам с давних времен. Иногда под ней была рациональная почва, когда наблюдениями устанавливалось, что перенесение той или иной болезни в легкой форме могло предотвратить эту болезнь или ее особенно тяжелую форму в будущем, но часто эта практика носила исключительно религиозно-культовый характер и имела под собой не больше оснований, чем молитвы русских крестьян «матушке оспе». Из продуктов болезней, которыми проводилось искусственное заражение, можно упомянуть, например, ис пользовавшуюся с незапамятных времен мокроту больных бронхопневмонией или гной из сифилитического шанкра (Намибия, Сенегал, Конго).

153

Техника проведения инокуляции браминами подробно описывается в письме д-ра Дж. Холвелла, отправленном им президенту Королевской коллегии врачей в 1747 г. См. *Hedge B. M.* Vaccination in India. *JAP1* 1998, vol. 46, 5:472–473. Благодарю д-ра Б. Хеджа (университет в Манипале), любезно приславшего мне копию своей статьи.

154

Впервые это было показано проф. Чарльзом Крейтоном в его знаменитой книге «Ис тория эпидемий в Британии» *(Creighton C.* History of Epidemics in Britain, Cambridge, 1891–1894) и полностью подтверждено в сравнительно недавней статье *Carmichael A. G., Silverstein A. M.* Smallpox in Europe before the Seventeenth Century: Virulent Killer or Benign Disease?/. *Hist. Med. Al. Sc.* 1987; 42:147–168.

155

С того времени именно самые беззащитные – контингент приютов, домов ребенка и аналогичных заведений – традиционно являются наиболее удобным человеческим материалом для вакцинаторов. Недавние советские примеры прививочных опытов над детьми документированы в докладе Российского Национального комитета по биоэтике при АН РФ «Вакцинопрофилактика и права человека», М., 1994 г. Вот что пишет вирусолог Г. П. Червонская в своем материале «Мифы и правда о прививках», входящем в доклад: «Создатели и контролеры лекарственных биологических препаратов – вакцин и сывороток – изучают свои творения на детях. В условиях российского правового невежества риск того, что родители зададут ученым малоприятные вопросы, практически сведен к нулю. Я уже не говорю о школах-интернатах, где совершенно спокойно изучается любая вакцина… Представленные факты по использованию «добровольцев» отечественными врачами-экспериментаторами говорят о том, что опыты проводятся в «полном соответствии с этическими нормами страны, где осуществлялось данное испытание»… Однако эти «нормы» не имеют ничего общего с общечеловеческими ценностями и с мировой практикой, принципами и положениями, изложенными в статье 1 Нюрнбергского кодекса, а также в части 2, статье 1 Хельсинкской декларации и части 1, статье 9 Токийской и Венецианской деклараций. Мировая общественность долгие годы вводилась в заблуждение дезинформацией, заведомо ложными заявлениями о том, что: «В соответствии с Советским законодательством подобная практика в СССР недопустима» или: «В СССР, в отличие от многих других стран, испытания новых препаратов… не могут проводиться на здоровых добровольцах, поскольку это не оправдано с этической и научной точек зрения…».

156

В российских источниках его также называют Димсдалем или Димсталем.

157

Ни одному из даже самых благоговейных и восторженных биографов Дженнера (вроде Барона) не удалось обнаружить ни единого свидетельства, что тот что-либо слышал о коровьей оспе до 1787–88 гг., когда начал опрашивать знакомых врачей, хирургов об этой болезни. В более поздних трудах иных «историков медицины», в том числе и российских, дженнеровская выдумка обросла уже совершенно невероятными и фантастическими подробностями: «Английский сельский врач Эдуард Дженнер… пользуясь советами видного патолога и хирурга Джона Гантера… длительно проводил многочисленные опыты над разными видами животных (четвероногие, птицы): наблюдал за течением оспы у них, передачей заражения, случаями невосприимчивости» *{Заблудовский П. Е. и др.* История медицины. М., 1981, с. 149). Конечно, публикация этой откровенной чуши, да еще в официальном учебнике по истории медицины, не могла стать возможной, если бы не почти двухсотлетнее промывание мозгов и замалчивание реальных фактов истории прививок. Думаю, читателям будет небезынтересно узнать, что видный и уважаемый французский доктор Жан Вердье опубликовал в 1801 г. шестнадцатистраничную брошюру под названием «Критический и аналитический взгляд на вакцину и вакцинацию», в которой охарактеризовал защиту коровьей оспой как глупую выдумку, которая могла родиться скорее в пустых головах болтунов и бездельников, чем тех, кто имеет реальный опыт наблюдения за этой болезнью, т. к. решительно ничего общего между двумя оспами, кроме сходства в названии, нет. Помимо прочих весьма разумных мыслей, высказанных в своей работе, Вердье определил крайней глупостью и безрассудством то, что никто не изучал и даже не пытался изучать побочные эффекты вакцинации, пытаясь проследить дальнейшее состояние здоровья привитых, и пророчески заметил, что эта процедура, если станет массовой, может дать начало новым болезням.

158

Примечательно, что Дженнер в своих публикациях ни разу не упомянул о деталях этого исторического события, но на основании другой, более подробно описанной им инокуляции одного конюха можно предположить, что Дженнер инокулировал *все* объекты своих экспериментов по наимягчайшему методу Саттона. Поэтому все нынешние разговоры апологетов прививания «о смертельной дозе» и «страшном риске великого медика» могут вызвать разве что улыбку.

159

Впоследствии Дженнер, смакуя эффект своего «открытия», еще много раз инокулировал этого слабого, болезненного мальчика (так и называя его снисходительно в своих письмах – «мой бедный Фиппс»), убеждаясь, что никакой реакции не наблюдается. Разбогатев, Дженнер подарил Фиппсу коттедж. Правда, как следует насладиться честно заработанным Фиппсу не удалось – в возрасте 20 лет он скончался, как и сын Дженнера, от туберкулеза.

160

См. *Baxby D.* Edward Jenner's Unpublished Cowpox Inquiry and the Royal Society: Everard Home's Report to Sir Joseph Banks. *Medical History* 1999; 43:108–110.

161

Об этом Дженнер в своей статье 1798 г. скромно упомянул следующим образом: «На 8-й день мальчик был уже свободен от своего недомогания… но оказался неподходящим для инокуляции, так как *вскоре* после эксперимента он заболел лихорадкой в работном доме» (выделено мной. – *А. К.*). Подумать только, какое совпадение! Идея объяснения осложнений была творчески развита его последователями: что бы худого ни случилось вслед за прививкой, с ней *не связано.* В следующей статье, также напечатанной им отдельной брошюрой, в 1799 г., Дженнер все же сообщил, что мальчик скончался – вероятно, от рожистого воспаления.

162

Здесь еще следует отметить, что многие инокуляторы – в том числе и Томас Димсдэйл – отмечали, что после первой инокуляции сделанная позднее повторная очень часто приводит к появлению на коже тех же самых элементов, и это вовсе не является абсолютным свидетельством «неуспеха».

163

Я подчеркиваю здесь «русский», потому что в некоторых работах по истории медицины встречается ошибочное утверждение, что Мухин сделал прививку *первым в Российской империи.* На самом деле первым, вероятно, прививку сделал известный рижский врач Отто Гун (1764–1832) 27 ноября 1800 г. См. *Канеп В.* К характеристике русско-латышских научно-медицинских связей // Из истории медицины – IX. Рига, 1973, с. 46–47.

164

Об этом писал и Крейтон в своем сочинении «Дженнер и прививки: странная глава в истории медицины», 1889 г. (о Крейтоне еще будет сказано далее), и не так давно подтвердил на основании своих собственных исследований англичанин Питер Разель. См. *Razzel P.* Edward Jenner's Cowpox Vaccine: The History of a Medical Myth. Caliban Books 2nd ed., 1980.

165

Во многих странах еще в течение долгих десятилетий пытались цепляться за дженнеровские выдумки, часто только для того, чтобы не быть вынужденными признать собственную глупость и легковерие. В 1840 г. председатель комиссии по ревакцинации Французской академии наук Седильо заявлял: «Привитие коровьей оспы по силе и продолжительности своего предохраняющего действия есть неприкосновенная святыня; не посмеем же мы касаться до нее и не сделаем из наших заблуждений оружия, которое могло бы обратиться против нее». Цит. по: *Рейтц В.* Критический взгляд на оспопрививание. СПб, 1873, с. 28–29. Собственно, вот на таких «неприкосновенных святынях» и страхе перед «готовым обратиться против них оружием» прозревшего общественного мнения и основаны прививочные ритуалы. А в Англии Королевская комиссия (см. далее) даже в самом конце XIX в. утверждала, что «лишь в исключительных случаях вакцинация младенца не обеспечивает ему пожизненного иммунитета к натуральной оспе» *(Fenner F. et al.* Smallpox and its eradication. WHO, Geneva, 1988, p. 271).

166

Попутно можно отметить, что попытка Дженнера начать собственную прививочную практику в Лондоне завершилась полным провалом. Это замечание к вопросу о приличном состоянии, которое Дженнер якобы мог сколотить, не раскрой он щедро человечес тву своего секрета…

167

Не это ли имел в виду малограмотный советский прививочный агитатор, сообщивший в своей книге: «Много пришлось пережить ученому, вынести травлю мракобесов и лжеученых»? {*Блинкин С. А*. Вакцины защищают. М., 1983, с. 25).

168

Святловский В. В. Эд. Дженнер. Его жизнь и научная деятельность. СПб, 1891, с. 58–59.

169

Так, д-р Гиль, «главный оспопрививатель в Мюнхене», заявлял: «Мы обязаны вакцинации не только искоренением оспы, но и уменьшением смертности вообще, уменьшением бедности, сохранением здоровья и красоты, увеличением человеческих радостей и блаженства» *(Dr. F. Giel.* Die Schutzpocken-Impfung in Baiern. Munchen, 1830, S. 166). А д-р Краус, один из инициаторов введения закона об обязательном оспопрививании в Баварии, в своей книге сообщал: «После вакцинации кости и хрящи усиливаются, дети вдруг начинают ходить; бледные, хилые золотушные дети становятся здоровыми и крепкими; мозг и нервы развиваются быстрее, вообще дети становятся умнее и красивее; идиотизм и кретинизм вследствие вакцинации заметно уменьшаются, даже немые начинают говорить» *(Dr. Krauss.* Die Schutzpockenimpfung. Niirnberg, 1820. Цит. по: *Рейтц В.* Критический… с 5–6 и 25–26). Подобного рода «научные сообщения» стояли за введением обязательного оспопрививания и в других странах. Жаль, что их авторы не испытали прививки на себе, дабы убедиться, что те на самом деле никак не влияют ни на идиотизм, ни на кретинизм.

170

Вот свидетельство немецкого врача Зигмунда Вернера: «Я помню то время, когда я, не освободившись еще от наклонности jurare in verba magistri (слепо верить в слова учителей. – *А. К.*), был воодушевлен верой в благодетельную силу вакцинаций, зная о них лишь понаслышке. Собственные мои наблюдения привели меня к противоположному воззрению. После того как я несколько раз видел вакцинные пустулы одновременно с оспенным заболеванием или незадолго перед ним; после того как на моих глазах умирали от оспы такие люди, которые были привиты не только два раза, но и много раз; после того как я убедился, что вакцинация не имеет ни малейшего или только воображаемое предохранительное значение, как против ветряной, так и против натуральной оспы; после того как я часто наблюдал, какие серьезные заболевания и дурные последствия причиняются вакцинацией и ревакцинацией; и, наконец, после того как я слишком часто бывал свидетелем, что дети совершенно здоровых родителей начинали хворать и потом буквально увядать вслед за вакцинацией, или делались в высшей степени золотушными, – после таких очевидных фактов я должен был из горячего приверженца обратиться в убежденного противника вакцинаций. И теперь, совершивши оспопрививание коровьей лимфы *3555-ти субъектам,* имея, следовательно, достаточно случаев прийти к самостоятельному суждению о достоинстве обязательного оспопрививания, я вынужден согласиться с мнением профессора Йозефа Германа, что *«вакцинация принадлежит к числу величайших заблуждений и обманов медицинской науки».* А вот цитата и из самого проф. Германа, бывшего много лет главврачом Венской городской больницы: «Я смотрю на все дело оспопрививания вместе с его теорией как на самое вульгарное и вредное шарлатанство, и считаю за оскорбление чистой науки, когда оспопрививанию приписываются какие-то научные признаки». («Die falschen Grundlagen des Reichs-Impfzwangsgesetzes von 1874, von Gustav Heymann», 1882, с 16–17. Цит. по: *Бразоль Л. Е.* Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания. Харьков, 1885, с. 138–139). Или вот слова д-ра Стоувелла, сказанные им в 1870 г. (за плечами 25 лет вакцинаторского

стажа): «…Прививки – не просто иллюзия, но проклятие для человечества. Иррационально даже утверждать, что гнилая материя, взятая из пузырей органического происхождения, может каким-либо иным образом влиять на человеческий организм, кроме того, что будет наносить ему вред. Сначала говорили, что прививка защищает на всю жизнь. Когда оказалось, что это не так, предложили ревакцинацию каждый седьмой год. И это провалилось. Тогда стали искать необходимую коровью оспу. Коровам делали уколы человеческой оспы и гнилое выделяемое этой операции называли оспенной лимфой. Этот жуткий яд вносят в человеческий организм, безразлично, какие болезни были у животного и у человека. Ныне это называется «истинной вакциной». Эта *чистая* лимфа переносит от ребенка к ребенку болезни. Госпиталей и аптек стало больше на 80 %, и этот рост продолжается. Какие там 450 врачей в «Синей книге», когда только в одном Лондоне 3000 врачей?».

171

То, что врачи имеют свои интересы в прививочном вопросе, весьма далекие от заботы о благе пациентов, всегда было секретом Полишинеля. Приведу цитату из доклада, прочитанного в январе 1883 г. английским врачом Алинсоном: «Посмотрите, какие мы делаем на этом деньги! За каждую прививку выходит шиллинг или шиллинг и шесть пенсов, да еще премия за хорошую работу. Добавьте сюда частную практику – от шести пенсов до пяти фунтов. Увидев, как это оплачивается, вряд ли вы пойдете к заинтересованной стороне за непредубежденным советом. Если вы хотите знать правду о прививках, идите к тем, кто не делает на них никаких денег. Если бы врачи получали шиллинг, стреляя, в качестве профилактической меры против кори, в луну каждый раз в полнолуние, они бы доставили статистику, доказывающую, что нет более эффективной практики и что население вымерло бы, если бы она прекратилась» *(Vaccination Inquirer,* 1883).

172

Д-р Джон Скотт, врач манчестерской больницы женских и детских болезней, а также яростный защитник прививок, заявил в публичной лекции «Оспа и прививки» следующее: «На мой вопрос, сколько времени ребенок болен, матери очень часто отвечают: доктор, *он вообще не был здоров с момента, как сделали прививку.* Нельзя обойти того факта, что прививки ненавидимы среди рабочего класса, по крайней мере в Ланкашире». Широкую известность получила история с немецким школьным инспектором, который на заданный в одном из классов вопрос: «Почему мать прятала маленького Моисея в тростниках?» получил ответ: «Она прятала его от прививок!». Таких примеров отношения населения к прививкам можно привести немало.

173

Первые случаи заражения сифилисом через прививки были зарегистрированы в Италии в 1814 г.; там же в 1861 г. в Ривальте 44 из 63 привитых детей были заражены сифилисом, причем некоторые заразили им еще и матерей и нянек *(Fenner F.* Smallpox… pp. 264–265). В СПб-ском Воспитательном доме в отчете за 1860 г. было сообщено о 177 случаях заражения детей сифилисом во время прививания их от оспы *(Здекауэр Н. Ф.* О причинах возобновления оспенных эпидемий, несмотря на вакцинацию, и о мерах к ограждению от них. СПб, 1891, с. 10). Проф. Крейтон в своей статье в 9-м издании «Британской энциклопедии» (см. далее) указал, что в 1854 г., то есть на следующий год после принятия закона об обязательных прививках, количество случаев сифилиса у детей в возрасте до 1 года выросло наполовину и с тех пор неуклонно растет. Метод лабораторного обнаружения бледной трепонемы, возбудителя сифилиса, был разработан немецким бактериологом Августом Вассерманом (1866–1925) лишь в 1906 г. У младенцев врожденный сифилис может не иметь никаких клинических проявлений, и, соответственно, инфицированный им мог не вызывать никаких подозрений у переносящего прививочный материал от одного ребенка другому.

174

Подробнее об этом см. *Durbach N.* «They Might As Well Brand Us»: Working Class Resistance to Compulsory Vaccination in Victorian England. *Soc. Hist. Med.* 2000; (13)1:45–62. Благодарю д-ра Надава Давидовича (Тель-Авивский университет), обратившего мое внимание на эту публикацию и любезно приславшего мне копии нескольких цитируемых в этой главе статей.

175

Об истории движения против прививок (или за отмену их обязательности) в Англии см. *Porter D., Porter R.* The Politics of Prevention: Anti-Vaccinationism and Public Health in Nineteenth-Century England. *Medical History* 1988; 32:231–252 и, особенно, подробную статью *MacLeod R. M.* Law, Medicine and Public Opinion: The Resistance to Compulsory Health Legislation 1870–1907. *Public Law* 1967, pp. 107–128, 189–211. В этих двух статьях даются также краткие биографии главных действующих лиц антипрививочного движения в Англии.

176

Вряд ли может быть дан лучший ответ на вопрос, кто же для кого существует – при вивки для народа или народ для прививок, нежели простое цитирование этой чудовищ ной по своему цинизму фразы.

177

Рабочий Томас Хей был оштрафован и приговорен к заключению судом в 1872 г., не успев даже раскрыть рта и объяснить, что ребенок, здоровьем которого он «пренебрегал», не делая ему прививку, уже три месяца как был в могиле. Чарльз Вашингтон Най, владелец магазина из Чатема, двое детей которого умерли вскоре после прививки от оспы, отказался вакцинировать третьего, за что и был оштрафован шесть раз и один раз посажен в тюрьму. Когда Чарльз Смолмен из Рочестера был вызван в суд графства Кент в 1882 г. за отказ прививать детей, он объяснил судье, что его младший ребенок умер от прививки. Дж. Найт, судья, возразил ему: «Даже если это и так, в законе об этом ничего не сказано». Пусть сами читатели решат, какое отношение к прививкам и их радетелям вызывали в обществе истории подобного рода… Доктора, грудью стоящие за прививки сегодня! Вам не стыдно делить *такое* позорное наследие? Ошибутся те, кто решит, что подобное отношение врачей к простым смертным, к «человеческому материалу», осталось в далеком и безвозвратно ушедшем прошлом. Россия, XXI век. Читаем п. 13.12 «Медицинских противопоказаний к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок» (утв. главным государственным санитарным врачом РФ 9 января 2002 г.): «Неблагоприятный семейный анамнез не должен служить поводом для отвода от прививок. Внезапная смерть сибса (брата или сестры. – *А. К.)* в поствакцинальном пери оде также не является противопоказанием для проведения вакцинации». Заслуживает ли вакцинатор, чья рука написала эту кощунственную фразу, права называться человеком? После длительного лечения в Санкт-Петербургском НИИ фтизиопульмонологии в 1996 г. от генерализованной БЦЖ-инфекции скончался пятилетний мальчик, привитый сразу после рождения. Через два года в тот же НИИ поступает с БЦЖ-лимфаденитом его годовалая сестра, насильно (мать сопротивлялась!) привитая сразу после рождения БЦЖ (сообщено сотрудницей НИИ, пожелавшей сохранить анонимность). Как это охарактеризовать, где, у кого искать управы на таких подонков и защиты от составляемых ими инструкций? Между прочим, гибель одного сына в российской армии является законным основанием для

отсрочки в призыве для другого. Однако смерть одного ребенка после прививки, как мы видим, «не является противопоказанием для проведения вакцинации».

178

Британский «Реджистрар Дженерал» скорбно констатировал, что в то время, когда тиф и иные инфекционные болезни постепенно исчезают, только оспа неизменно на подъеме: после почти 30 лет обязательных массовых прививок она в 1880 г. на 50 % превышает средний уровень десяти предыдущих лет! Из недавних работ можно отметить книгу Энн Харди *(Hardy A.* The Epidemic Streets: Infectious Disease and the Rise of Preventive Medicine, 1856–1900. Oxford, 1993, pp. 110–151), в которой она открыто обвиняет английские медицинские власти в граничащей с ослиным упрямством прививочной «зашоренности» и показательном пренебрежении к методам санитарии и гигиены, из-за чего фактически в течение всего XIX в. Англии не удавалось добиться реальных успехов в борьбе с натуральной оспой, сколько бы законов ни принимали и сколько бы прививок ни делали.

179

К 1889 г., когда была создана Королевская комиссия (см. далее), санкции в городе были применены к 6 тыс. человек, из которых 3 тыс. были оштрафованы, а 34 посажены в тюрьму.

180

Д-р Хейгарт известен еще и тем, что в 1793 г. он первым заявил о возможности *ликвидации* натуральной оспы (правда, лишь в Великобритании, а не на всей планете) и предложил свой план реализации этого. По его мнению, ликвидация оспы могла быть достигнута путем массовой инокуляции населения, ранней изоляции заболевших, дезинфекции помещений и личных предметов, находившихся в пользовании заболевших оспой, назначении специальных инспекторов, призванных следить за выполнением правил и пр. В 1799 г. с похожим проектом выступил д-р Карл, директор Инокуляционного института в Брно *(Fenner F.* Smallpox… p. 256). Авторитет Хейгарта как специалиста по натуральной оспе был столь высок, что Дженнер не удержался и в 1794 г. написал ему, сообщая о подслушанных им «изумительных» народных преданиях о спасении от натуральной оспы при помощи коровьей. Разумеется, он ожидал восторгов, но ответное письмо было ледяным душем: «Ваше сообщение относительно коровьей оспы и в самом деле весьма странно и изумительно, *и находится в таком противоречии со всеми последними наблюдениями,* что потребуются в высшей степени убедительные доказательства, чтобы оно было сочтено правдоподобным. Вы пишете, что вся история этого редкого явления скоро будет опубликована, но не указываете, Вами или иным медиком. Так или иначе, я полагаю, что не может быть никакого доверия народным выдумкам. Автор не должен допускать ничего, кроме того, что он доказал своими собственными наблюдениями, как на человеке, так и на животных» *(Creighton C.* History… v. 2, p. 559).

181

В 1870 г. прививки делались 95 процентам новорожденных Лейстера, в 1890 г. – лишь 5 процентам.

182

Вакцинаторы с нетерпением ждали «неизбежных» эпидемий в Лейстере («Боже, пока рай Лейстер!»); в 1884 г. журнал «Ланцет» даже открыто призвал жителей города перед опасностью расползающейся по Англии очередной (какой по счету за столетие «спаси тельных прививок»?) эпидемии оспы прибегнуть к помощи вакцинаций. Призывы остались безответными. Прививок не было, и не было ни эпидемии, ни даже хотя бы самой малой, на радость прививателям, вспышки. Всего двое заболевших в 1884 г. – и те оказались, как на грех, привитыми… В 1892 г. вместо умершего старого и опытного доктора был назначен городским санитарным врачом молодой д-р Джозеф Пристли, поставивший ребенку с натуральной оспой, бывшему в больничном карантине, диагноз ветряной оспы. В результате этой трагической ошибки в городе заболели 358 человек, из которых 21 (5,8 %) скончались – небывалые для того периода по своей малости как «эпидемическая» заболеваемость, так и смертность – обычно болели тысячи, а умирали сотни! Если исключить этот злополучный год, то за 60 лет, с 1873 по 1933 г., Лейстер потерял от оспы… 50 человек *(Fraser S. M. F.* Leicester and Smallpox: The Leicester Method. *Medical History* 1980; 24:315–332). И сто лет спустя адвокаты прививок не могли смириться с публич ным лейстерским позором, что можно видеть хотя бы из злобной статьи *(Swales J. D.* The Leicester anti-vaccination movement. *Lancet* Oct. 24, 1992; 340:1019–1021), в которой автор-профессор скорбит о несчастном населении города, которым в течение 40 лет помыкала- де «маленькая безрассудная группа фанатиков» (small irrational group of fanatics).

183

Ахшарумов Д. Записка об оспопрививании. Полтава, 1884, с. 6.

184

В самом начале книги Владимир Рейтц сообщил, каким образом его заинтересовал прививочный вопрос: «Впервые сомнение в спасительной роли прививания коровьей оспы возникло у меня во время моего прикомандирования Конференцией Медико-хирургической академии к Санкт-Петербургскому Воспитательному дому. Присутствуя в то время при вскрытиях, я с изумлением заметил, что почти всегда часть, иногда большая, а иногда и все умершие дети представляли или только начало развития вакцинных пустул, или же эти пустулы находились в дальнейших изменениях. Зная и убедясь в том, что в здешнем Воспитательном доме только здоровым детям прививается оспа, я невольно задался вопросом, каким образом эти еще так недавно здоровые дети появились на секционном столе и при вскрытии представляли то те, то другие болезненные изменения, служившие причиной их смерти. В числе этих болезненных изменений, как я мог убедиться, первое место по количеству и значению занимали рожистые процессы… то есть такие заболевания, которые произошли непосредственно от привития коровьей оспы и где, следовательно, смерть ребенка прямо обусловливалась насильственным внесением в его организм животного яда вакцины, хотя и с целью спасти его от могущего когда-нибудь произойти заболевания оспой. Это и побудило меня уже в 1863 году в моей диссертации… поместить следующее положение: одна из главных причин громадной смертности в Воспитательном доме есть оспопрививание» *(Рейтц В.* Критический… с. 7–8).

185

На это позднее также указал д-р Н. Черепнин в своем докладе в Обществе петербургских практических врачей: «Одно обилие лимф уже не говорит в пользу какой-либо из них… Заболевание настоящей оспой и прививной суть два отдельные процесса, могущие одновременно протекать на одном и том же человеке, нимало не влияя друг на друга». Логичный вывод докладчика: «Надежнейшим средством ограничения суммы заражений следует признать правильное устройство специальных госпиталей для заразных больных вообще и оспенных особенно» *(Голос,* 5.02.1883, с. 2–3).

186

«Записка об оспопрививании и о значении статистики оспопрививания, представленная в Медицинский совет заведовавшим оспопрививанием в Петербурге совещатель ным членом Медицинского совета, доктором медицины В. С. Снигиревым, по случаю предполагаемого введения оспопрививания в Империи». *Правительственный вестник,* 29.11.1875, № 267.

187

Руднев М. По вопросу о введении обязательного оспопрививания в России. *Журнал для нормальной и патологической гистологии и клинической медицины,* 1875, ноябрь-декабрь, с. 573–580.

188

При этом заслуживает быть отмеченным, что и «отсталые» российские академические круги, в отличие от «продвинутых» западноевропейских, далеко не были единодушны в своем отношении к прививкам. Так, на запрос о пользе оспопрививания, заданный Харьковской губернской земской управой в 1869 г., представители медицинского факультета Харьковского университета ответили, что «трудно привести учение об оспопрививании в согласие с основами научной гигиены и патологии, и еще труднее привести научные доказательства в пользу оспопрививания». Цит. по: *Бразоль Л. Е.* Мнимая польза и Действительный вред оспопрививания. СПб, 1884, с. 2.

189

О краткой истории антипрививочного движения в США и некоторых его аспектах на примере Портленда (Орегон) см. *Johnston R. D.* The Radical Middle Class: Populist Democracy and the Question of Capitalism in Progressive Era Portland, Oregon. Princeton University Press, 2003. В частности, автор подчеркивает: «В последние десятилетия XIX в. оппозиция прививкам приобрела статус истинного, хотя и скачкообразного, массового движения». В некоторых штатах вынуждены были отменить уже принятые законы об обязательных прививках из-за общественных протестов. Искренне благодарю проф. Роберта Джонстона, любезно предоставившего в мое распоряжение материалы будущей книги во время своего визита в Израиль в 2001 г.

190

Разумеется, в армии и на флоте, а также в тюрьмах дело обстояло совершенно по-иному. Вот как описывает свой опыт получения прививок в тюрьме Джек Лондон в рассказе «Сцапали» (1907): «Выстроившись тесной вереницей, в затылок друг другу, причем задний держал руки на плечах переднего, мы перешли в другой большой «вестибюль». Здесь нас выстроили у стенки, приказав обнажить левую руку. Студент-медик, практиковавшийся на такой скотине, как мы, обошел ряд. Он делал прививку еще вчетверо проворней, чем цирюльники делали свое дело. Нам велели соблюдать осторожность, чтобы не задеть за что-нибудь рукой, пока не подсохнет кровь и не образуется струпик, и развели нас по камерам. Здесь меня разлучили с моим новым приятелем, но он все же успел шепнуть мне: «Высоси!». Как только меня заперли, я начисто высосал ранку. Потом я видел тех, кто не высосал: у них на руках образовались ужасные язвы, в которые свободно вошел бы кулак. Сами виноваты! Могли бы высосать…» (*Джек Лондон.* Собрание сочинений в четырнадцати томах. М., 1961, т. 5, с. 439). Относительно прививочных расправ с гражданами с помощью полиции см. *Albert M.* The Last Smallpox Epidemic in Boston and the Vaccination Controversy, 1901–1903. *N. Engl. J. Med.* February 1, 2001; 344:375–379. Отличной статьей дохода американских врачей были обязательные прививки эмигрантам. В памфлете «Письма китайца» (1870) Марк Твен пишет от имени эмигранта из Китая: «Я сказал хозяину, что если он не имеет ничего против и не нуждается в моей помощи, я хотел бы немного прогуляться и посмотреть город. Я не хотел показать ему, что несколько огорчен приемом, который мне был оказан в великом прибежище всех угнетенных, и поэтому я улыбался и старался говорить весело. Но он сказал: «Погоди немного, тебе надо сделать прививку, чтобы ты не заболел оспой». Я улыбнулся и ответил, что я уже болел оспой, в чем легко убедиться, взглянув на рябинки на моем лице, и поэтому мне нет нужды делать то, что он называет прививкой. Но он возразил, что таков закон и что прививки мне избежать невозможно. «Доктор не отпустит тебя без прививки, – сказал он, – потому что, по существующему закону, он прививает оспу всем приезжающим китайцам и берет за это

по десять долларов с каждого, и ты можешь быть спокоен, что ни один доктор не станет терять свой заработок только потому, что какой-то китаец имел глупость болеть оспой у себя на родине». Пришел доктор, выполнил свое дело и забрал мои последние деньги – десять долларов, доставшиеся мне ценою двухлетних трудов и лишений. О, если бы те, кто создал этот закон, знали, что в этом городе живет множество докторов, которые с радостью делали бы прививку за доллар или полтора, они, конечно, никогда не стали бы взыскивать такую высокую плату с бедного, беззащитного ирландца, итальянца или китайца, который бежал в обетованную страну, чтобы спастись от голода и нужды» (*Марк Твен.* Избранное. М., 1949, т. 1, с. 280).

191

Вкратце печальная история вышеупомянутого судебного дела излагается в главе «Обя зательные прививки: как это случилось?» (Mandatory Vaccinations: How Did It Happen?) книги Култера и Фишер, о которой речь пойдет в главе, посвященной коклюшу *(Coul ter H. L., Fisher B. L.* A Shot in the Dark. NY, 1991, pp. 197–198).

192

См. *Meade T.* «Civilizing Rio de Janeiro»: the public health campaign and the riot of 1904. *J. Soc. Hist.* 1986; (20)2:301-22.

193

Чарльз Крейтон, автор знаменитого классического труда «История эпидемий в Британии» (1891-94), был, вероятно, одним из крупнейших историков эпидемиологии и одним из наиболее талантливых и образованных европейских ученых XIX – начала XX веков. Интересующихся биографией Крейтона я отсылаю к статье *Cook G. C.* Charles Creighton (1847–1927): eminent medical historian but vehement anti-Jennerian. *Journal of Medical Biography* 2000; 8:83–88, и особенно к детальному очерку Э. Андервуда «Charles Creighton, the man and his work», опубликованному во втором издании «The History of Epidemics in Britain» (1965), vol. 1, pp. 43-135. Благодарю д-ра Дж. Кука (Welcome Institute for the History of Medicine, London), любезно приславшего оттиск своей статьи.

194

«Естественная история коровьей оспы и прививочного сифилиса» (1887) и «Дженнер и прививки: странная глава в истории медицины» (1889).

195

Показательно, что из ряда печатавшихся в США репринтов девятого издания Британской энциклопедии статья Крейтона *была выброшена!* Как известно, свобода слова, тем более в научных вопросах, означает, что говорить можно все, кроме того, что говорить нельзя.

196

Перу Уоллеса принадлежат известные антипрививочные памфлеты «Прививки оказались бесполезными и опасными» (1885, 2-е изд. в 1889), «Прививки – обман, принужде ние к ним – преступление» (1898) и «Краткое изложение доказательств, что прививки не предотвращают оспы, но на деле увеличивают заболеваемость ею» (1904), в свое время наделавшие немало шума и сильно подорвавшие позиции вакцинаторов. Уоллес был приглашен в Королевскую комиссию, но отказался войти в ее состав и выступал лишь в качестве свидетеля. Его слова, слова ученого с мировым именем, сказанные во время дачи показаний, заслуживают быть вынесенными в эпиграф любой медицинской книги: «Свобода гораздо значительнее и важнее, нежели наука». К сожалению, автор сравнительно недавней статьи о борьбе Уоллеса против прививок оказался незнакомым с историей натуральной оспы, а потому и неспособным к объективной оценке его работ, свободной от стандартных прививочных клише, что значительно снизило ценность публикации. См. *Scarpelli G.* «Nothing in nature that is not useful». The anti-vaccination crusade and the idea of 'harmonia naturae' in Alfred Russel Wallace. *Nuncius* 1992; (7)1:109-30.

197

Шоу как-то свидетельствовал: «Во время последней крупной эпидемии на рубеже столетий я был членом Комитета здравоохранения Лондонского округа и увидел, как статистика поддерживает веру в прививки. Это делается путем присвоения всем больным, имеющим ревакцинации, диагнозов пустулярной экземы, вариолоида (мягкой формы оспы. – *А. К.)* – да вообще чего угодно, только не самой оспы». Тогда же он добавил, что если бы были установлены истинные цифры (заболеваемости и смертности привитых), то они напугали бы и Ирода. Шоу также принадлежит известный афоризм: «Доктор – такой же отличный консультант в вопросах прививок, как мясник – в вопросах вегетарианства».

198

В статье, анализирующей различные аспекты государственной политики в области прививания против натуральной оспы на примере Германии, автор точно показывает, что именно прививки и ничто другое были великолепным средством для стремительно развивающегося медицинского сообщества в целом и врачей в первую очередь увеличить свои доходы и резко усилить общественное влияние. См. *Huercamp C.* The History of Smallpox Vaccination in Germany: A First Step in the Medicalization of the General Public. *J. Contemp. Hist.* Oct. 1985; (20)4:617–635.

199

Коллега Уоллеса, проф. Карло Руата из университета Перуджи (Италия), материалы которого Уоллес использовал в работе над этим памфлетом, написал большую статью «Прививки в Италии», которая была опубликована в «Нью-Йорк медикэл джорнэл» 22 июля 1899 г. В ней он утверждал, что Италия – одна из наиболее вакцинированных стран мира, если вообще не самая вакцинированная, что доказать он брался с помощью математики; в течение 20 лет, с 1865 по 1885 г., количество привитых достигало 98,5 %. Но эпидемия 1887-89 гг. показала, насколько бессмысленна была надежда на прививки. Смертность от оспы намного превзошла таковую «допрививочного» периода. В 1887 г. было 16249, в 1888 г. – 18110 и в 1889 г. – 13413 умерших от оспы. Особенно показателен приводимый Руатой пример сицилийского местечка Виттория, где при населении в 2600 жителей оспа в эту эпидемию стала причиной смерти 2100 из них! Руата писал: «Можете ли вы назвать мне что-либо, что было бы хуже этой эпидемии? Население… было полностью привито; я получил от местных властей декларацию, что *все* население прививалось *два раза в год* в течение последних лет… Все прививки делались животной лимфой».

200

В упоминавшейся выше (см. прим. 33) статье ее автор, Дж. Свэйлс, заявляет, ссылаясь на представителя «Ланцета», инспектировавшего «лейстерское чудо» в 1886 г., что прививки контактировавшим с заболевшим оспой были неотъемлемой частью программы. Кроме того, в статье сообщалось, что программа Биггса, имея своей целью борьбу с насилием, карантинными мерами осуществляла еще большее насилие, чем то, что было связано с прививками, – в этом-де было «внутреннее противоречие» лейстерского движения. Эти повторяемые и сегодня жалкие выдумки были опровергнуты еще главным санитарным инспектором Лейстера Ф. Брейли, сообщившим Королевской комиссии, что из 183 человек, направленных в карантин (в госпитали) с 1877 г. (год введения новой системы) по 1886 г., не менее 133 человек не получали никаких прививок, а остальные получили их по собственному желанию. Кроме того, 15–20 человек вообще отказались подчиниться требованию карантина, и никаких мер к ним применено не было.

201

Например, закон вообще не объяснял, что следует понимать под «соображениями совести» и, соответственно, «удовлетворительными доказательствами» их наличия, и чиновники на местах отказывали рабочим семьям в праве на отказ от прививок на том основании, что родители малообразованны и не могут продемонстрировать, что разбираются в теме. В законе не было сказано ясно, кто из родителей имеет право заявлять о желании отказаться от прививок. По умолчанию в те времена считалось, что исключительным правом принимать решения в отношении ребенка обладает только отец (и поэтому именно на отцов налагали взыскания за «пренебрежение здоровьем ребенка», см. прим. 28), в то время как чаще всего противницами прививок были матери, которые намного лучше занятых с утра до вечера на работе отцов могли видеть последствия прививания. См. *Durbach N.* Class, gender, and the conscientious objection to vaccination: 1898–1907. *Journal of British Studies* Jan 2002(41); 1:58-83

202

Вакцина, как слово, основанное на латинском *vacca* – корова, могло обозначать лишь материал так называемой коровьей оспы, но по предложению Пастера, сделанному им в 1881 г., стало универсальным обозначением для всех биопрепаратов такого рода.

203

См. *Д-р Nebel.* К истории изопатии. *Врач-гомеопат,* 1901, 9, с. 333–345.

204

Именно с помощью нозода *Variolinum* гомеопатами были достигнуты наиболее впе чатляющие успехи в профилактике и лечении натуральной оспы, отраженные в гомео патической периодике того времени. Самый полный отчет по использованию *Variolinum* был представлен в докладе д-ра Чарльза Вудхалла Итона из Де-Мойна (Айова) «Факты о *Variolinum»* на одной из конференций Американского Института гомеопатии, стено- грамма которой (и последовавшей вслед за тем дискуссии) была опубликована в *Transac tions of the American Institute of Homeopathy,* 1907, pp. 547–567. Интересно отметить, что гомеопаты выиграли несколько судебных дел в Айове: судами было решено, что даже при законодательной необходимости прививок человек сам вправе выбирать, какую при- вивку – «внутреннюю» гомеопатическим лекарством или «наружную» вакциной – ему сделать, и власти не вправе каким-либо образом ограничивать его в правах на основании выбора неугодного им метода.

205

БразольЛ. Е. Дженнеризм… с. 33.

206

В июльском (1890 г.) номере *National Review* д-р Чарльз Белл Тейлор опубликовал список ставших только ему известными лиц, погибших от «лечения» Пастера, в то время как покусавшие их собаки оставались здоровыми (а будь они больны бешенством, то погибли бы непременно – такова природа этой болезни).

207

Бразоль Л. Е. Мнимая… с. 49–50.

208

Вот самый последний из известных мне примеров изложения этой истории: «В качестве подопытного был взят мальчик, которого искусала бешеная собака и который умер бы, если бы не вакцина Л. Пастера. Утром 4 июля 1885 года, когда он шел в школу, на него налетела собака, сбила с ног и страшно искусала, нанеся ему 14 тяжелых ран, заливая слюной его лицо и раны. Через 60 часов после нападения собаки мальчику ввели вакцину. Мальчик остался жив. Звали мальчика Иосиф Мейстер. Это был первый случай в истории человечества спасения человека с помощью вакцины, созданной руками человека» *(Васильев А. В. и др.* От Дженнера до наших дней или технология производства вакцин. М., 2002, с. 5). Поражает фотографически точное, «для оживляжа», описание трагедии, словно авторы книги сами присутствовали на месте происшествия. Кстати, и «который умер бы» не строго соответствует истине. «При покусах заведомо бешеных животных заболевают и погибают от 3 до 50 % людей (в среднем 15 %). Количество это зависит от вирулентности вируса, его дозы, источника заражения. По мере опасности укусов для человека можно расположить животных следующим образом: волк – › кошка – › собака – › крупный рогатый скот» *(Лилле Э. Р.* Иммунология бешенства и антирабическая вакцинация // Профилактика вирусных инфекций в свете современных достижений имму нологии. М., 1985, с. 27–28).

209

Отношение наиболее непримиримых гомеопатов той эпохи к Пастеру может быть удачно иллюстрировано следующей цитатой из книги Льва Бразоля: «Триумфальное плавание Пастера под флагом «вакцинации» составляет весьма ловкую коммерческую комбинацию. Популярность пастеровских опытов основана на глубокой вере человечества в предохранительное значение «коровьей вакцинации» и невольном заключении, что мнимая успешность этой настоящей вакцинации не стоит особняком в природе, а составляет частное проявление желательного всеобщего закона, ключ от которого, по уверению Пастера, находится у него. Пастеровские вакцинации – это блестящий фейерверк в чисто французском вкусе, представляющий для Пастера очень выгодный гешефт. Получая от правительства ежегодные субсидии, сумма которых превышает уже 500 000 франков, он пишет для себя бойкие рекламы, не выдерживающие натиска фактов и критики проверочных опытов» *(Бразоль Л. Е.* Дженнеризм… с. 31–32).

210

Подробнее об этом см. *Hume E. D.* Bechamp or Pasteur? A Lost Chapter in the History of Biology, 1923 и *Pearson B. R.* Pasteur, Plagiarist, Imposter, 1942, а также *Geison G. L.* The Private Science of Louis Paster. Princeton, 1995. Книга Б. Пирсона в некоторых главах представляет собой изложение книги Этель Хьюм.

211

Цит. по *Hume E.* Bechamp… p. 242.

212

BayleyB. Some little understood effects of serum therapy. *Medical World* April 6, 1934.

213

Филатов Н. Ф. Краткий учебник детских болезней. Изд. 5-е. М., 1899, с. 534.

214

Гундобин Н. П. Детская смертность в России и меры борьбы с нею. СПб, 1906, с. 5.

215

Там же, с. 14. Описанные выше д-ром Гундобиным проблемы, связанные в первую очередь с отвратительными санитарно-гигиеническими условиями, в которых жило сельское и беднейшее городское население, красноречивей любой статистики говорят о том, *где* следовало искать корень всех несчастий, включая брюшной тиф (от которого никогда массовые прививки населению не делались и с которым в России также благополучно справились в 1920-х гг.) и натуральную оспу. Источника, откуда он взял цифру в 60 тыс. умирающих ежегодно от оспы, Гундобин не указал. Позднее, не в силах отказаться от своего прививочного идефикса, он все же признал: «Исчезновение оспы в культурных странах… обусловливается главным образом вакцинацией, но не следует упускать из виду, что здесь имеют значение и общие санитарные условия, как канализация, хорошая вода, чистота помещений и проч.; значение этих условий в борьбе со всеми заразными болезнями весьма существенное» (Воспитание и лечение ребенка до семилетнего возраста. Проф. Н. П. Гундобин. 2-е изд. СПб, 1909, с. 89).

216

Горохов Д. Е. и др. Детский организм в борьбе с болезнями и смертью. Публичные лекции по гигиене детского возраста Московского общества борьбы с детской смертностью. М., 1910, с. 24.

217

Токаревич К. К, Грекова Т. И. По следам минувших эпидемий. Л., 1986, с. 117.

218

Hennock E. P. Vaccination Policy Against Smallpox, 1835–1914: A Comparison of England with Prussia and Imperial Germany. *Soc. Hist. Med.* Apr 1998; 11:1, pp. 49–71.

219

Относительно борьбы с обязательными прививками в Германии см. *Wolff E.* Medizinkri-tik der Impfgegner im Spannungsfeld zwischen Lebenswelt- und Wissenschaftsorientierung // *Dinges M.* (Hrsg) Medizinische Bewegungen im Deutschen Reich (ca.1870 – ca.1933). *MedGG* 1996; 9:79-108. Благодарю д-ра Эберхарда Вольфа (университет в Цюрихе), любезно приславшего мне оттиск своей статьи.

220

«Die Natur als Arzt und Heifer. Das neue naturarztliche Hausbuch von Friedrich Wolf Dr. med.» Stuttgart, Berlin und Leipzig, 1928; репринт Mitteldeutscher Verlag, Halle-Leipzig, 1988, S. 543, перевод Г. Лобановой (СПб). Я глубоко признателен Г. Н. Лобановой, любезно предоставившей копию книги д-ра Вольфа и настоящую цитату в мое распоряжение.

221

Ноздровский А. С. Оспопрививание в Петрограде и его недостатки // Оспопрививание в России. Петроград, 1915, вып. II, с. 5.

222

См. *Johnston R.* The radical… В США в то время не было и федерального закона относительно обязательности прививок – такой закон могли иметь только отдельные штаты.

223

Статистическое обоснование факта, что прививки *предрасполагают* к заболеванию на туральной оспой, из известных мне авторов пытались дать Лев Бразоль в «Мнимой поль зе и действительном вреде оспопрививания» (1884) и Рассел Уоллес в своем «Кратком изложении доказательств, что прививки не предотвращают оспы, но на деле увеличивают заболеваемость ею» (1904).

224

Ноздровский А. Оспопрививание… с. 11.

225

Так, в упоминавшейся выше статье, сравнивающей Англию и Германию, из объединен ной автором в одну таблицу статистики следует, что процент «удачно» привитых детей (то есть тех, у кого, по вакцинаторским критериям, прививка «взялась») в Германии, опыт которой обожествляли российские вакцинаторы, *никогда* до времени написания брошю ры Ноздровского не превышал примерно 87–88 %, будучи обычно на уровне 84–86 % *(Hen- nock E.* Vaccination… p. 63). Впрочем, у меня есть другой пример. Ко времени очередной вспышки натуральной оспы в 1887 г. в английском городе Шеффилде с двумястами тыся чами жителей было вакцинировано и ревакцинировано 97 % населения. В 1887 г. заболели 7101 человек, 648 из которых скончались *(McBean E.* The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination. 1957). Хотя и отмечалось, что вероятность заражения для привитых бы ла ниже, чем для непривитых *(Dixon C. W.* Smallpox. London, 1962, p. 311), интенсивность вспышки и большое число заболевших привитых во всех возрастных группах сами по себе ставят под большое сомнение все рассуждения о «коллективном иммунитете».

226

Ноздровский А. Оспопрививание… с. 5–6.

227

«Привитая коровья оспа не только вполне безопасна, но даже никогда не вызывает сколько-нибудь серьезного заболевания, в то время как прививка человеческой оспы всегда причиняет болезнь, иногда смертельную» (*Гамалея И. Ф.* Оспа и оспопрививание. Изд. 2-е, испр., М., 1927, с. 21). Помимо заведомой лжи о безопасности прививок, отсюда видно, что Гамалея был вполне безграмотен и в вопросах инокуляции. «Поздние» ино куляции Даниэля Саттона и его последователей, о чем я писал в начале этой главы, были действительно настолько мягки, что часто не вызывали не только никакой болезни, но и даже выраженного воспаления в месте укола или надреза. Инокуляторы перед процедурой интенсивно растирали кожу на руке пациента полотенцем или просили того подер жать ее некоторое время в горячей воде, чтобы усилить приток крови к месту инокуляции и увеличить вероятность того, что та «возьмется».

228

Декрет Совета Народных комиссаров об обязательном оспопрививании // Оспопрививание. Сборник декретов и распоряжений Совета Народных комиссаров и Народного Комиссариата здравоохранения об обязательном оспопрививании. М., 1919.

229

Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 353.

230

Во время войны с Испанией за господство над Филиппинами в 1899–1901 гг. американские солдаты получали прививки против оспы… каждые шесть недель. Главный армейский хирург Липпинкот заявлял, что «вакцинации проводятся так же регулярно, как строевые учения». Статистика показывает результаты такого усердия в армии: 276 случаев оспы в 1899 г., из которых 78 закончились смертью, 246 случаев в 1900 г. (113 смертей) и 125 случаев в 1901 г. (37 смертей). Американцам традиционно не везло с оспой во время их войн (это лишний раз подтверждает тезис о том, что оспа – неизменный спутник антисанитарии) – и во время войны за независимость с Англией, и во время гражданской войны, и во время войны в Корее они тяжело страдали от этой болезни, хотя всех военнослужащих, разумеется, тщательно и многократно прививали, с того времени, когда появилась такая возможность. Страдали от вспышек оспы привитые французские, английские и сардинские войска во время Крымской войны 1853-56 гг. Еще пример: «В период первой мировой войны в русской армии (без учета Кавказского фронта) с августа 1914 по октябрь 1917 года заболело оспой 2708 человек. В австро-венгерской армии только в 1915 году было 25 тысяч заболеваний» *(Токаревым К. П., Грекова Т. И.* По следам… с. 157). Разумеется, военнослужащие и русской, и австро-венгерской армий были привиты от оспы.

231

McBean E. The poisoned…

232

Dole L. The blood poisoners, 1965.

233

Н. Гамалее, который в книге «Гигиена и санитария» (1913) уже успел объявить оспу на Филиппинах ликвидированной благодаря американским прививкам, пришлось поломать голову над оправданием своих скороспелых выводов. И вот до чего он додумался: «Но после 1914 г. оспопрививание там пришло – в связи с войной – в упадок, и там разразилась страшнейшая эпидемия оспы, унесшая 50 тыс. населения» *(Гамалея Н. Ф.* Оспопрививание. 2-е изд., Л., 1924, с. 23). Не очень понятно, почему оспопрививание там должно было прийти в упадок (Филиппины не были театром военных действий, и вообще США вступили в войну только в 1917 г.), но даже если это было и так, то невелика же должна быть цена оспопрививания, когда стоило тому «прийти в упадок», как через несколько лет случается тяжелейшая эпидемия с десятками тысяч жертв! А как же быть с обещанной защитой – пусть не пожизненной, но хотя бы на несколько лет?!

234

Цит. по *Scheibner V. Vaccination.* 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, pp. 206–209. Заслуживает внимания упоминание д-ром Перри провала прививок в Индии. От себя добавлю, что этот провал стал несомненным уже в начале века. Виконт Морли, посетивший Индию с инспекцией, сообщил в палату общин, что за 30 лет, с 1877 по 1906 г., в Индии было зарегистрировано 3 344 325 смертей от натуральной оспы, причем все умершие, вероятно, были привиты, так как прививки являлись обязательными по закону. С другой стороны, по словам виконта, в любой точке Индии, где прекращались прививки и вместо них вводились строгие санитарные меры, оспа немедленно исчезала, и это правило не знало исключений.

235

Либов А. Л., Николаевский Г. П. Проблемы ликвидации оспы. М., 1970, с. 5.

236

Там же, табл. на с. 21–33.

237

Профилактические прививки в практике педиатра. Киев, 1975, с. 13.

238

Либов А. Л. Воспитание здорового ребенка. Л., 1971, с. 25. Ошибутся читатели, решившие, что эти слова принадлежат перу малообразованного санэпидпросветовца, привычно мастерящего агитлитературу на заказ. Доктор медицинских наук проф. Либов (1907–1982) был первым директором Ленинградского НИИ детских инфекций (НИИДИ) и возглавлял это учреждение с 1949 по 1958ис 1961 по 1965 год. Кроме того, он представлял Общество детских врачей СССР во Всемирной организации педиатров.

239

Dixon C. Smallpox, pp. 429–445.

240

Fenner F. Smallpox Eradication: the vindication of Jenner's prophesy // Vaccinia, Vaccination, Vacciniology. Jenner, Pasteur and their successors. International Meeting on the History of Vac-cinology 6–8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Elevier, Paris, 1996, p. 76.

241

Трудно сказать, сколько в итоге людей в эту кампанию погибло от прививок и было ими искалечено, так как акцент в ней делался на безгласные страны третьего мира с их ужасающей смертностью от всех инфекционных болезней. Любые сообщения о послепрививочных трагедиях, даже если они и поступали в ВОЗ, могли быть легко списаны вакцинаторами на другие причины.

242

Либов А. Л. Проблемы… табл. на с. 21–33. Отчаянный призыв советских прививателей: «Логический вывод из современной ситуации может быть только один: до тех пор пока оспа на земном шаре не ликвидирована, не устранена и опасность ее заноса в любую страну. Поэтому реальным путем для ликвидации возможности заноса инфекции в свободные от оспы страны и опасности смерти от оспы у непривитых и от прививочных осложнений у первично прививаемых взрослых является своевременная обязательная иммунизация детского населения и регулярная ревакцинация» (с. 35) в этих странах так и не был услышан. Вероятно, в них был другой «только один» логический вывод. Или вот, говоря о Швейцарии: «В городе, насчитывающем 44 000 жителей, в год вакцинируется против оспы около 200 человек. При таких темпах понадобилось бы 120 лет, чтобы иммунизировать все население города» (с. 34). Не понадобилось, однако.

243

Гальперин Э. А. Клиника оспы и прививочных реакций. М., 1962, с. 17.

244

Там же.

245

Там же, с. 19. Сравните со следующим: «…Как показала московская вспышка… даже относительно высокий уровень коллективного иммунитета не предотвратил полностью распространения инфекции (как известно, *за два года до вспышки в Москве в связи с предстоящим Международным фестивалем молодежи и студентов в дополнение к плановым прививкам была проведена массовая вакцинация населения города и прилежащих районов)…* Более того, подавляющее большинство подвергалось в течение жизни неоднократным ревакцинациям» (выделено мной. – *А. К.) (Покровский В. И.* Эволюция… с. 358). Ради мифической безопасности убивают и калечат прививками сотни и тысячи людей, но кого это волнует? Вывод прививочных пропагандистов стандартен: «Нет сомнения, что и распространение оспы, и тяжесть течения болезни были бы неизмеримо большими при отсутствии или более низком уровне коллективного иммунитета к оспе». Ну и, разумеется, «за 6 дней в Москве и прилегающих районах было привито против оспы свыше 8 млн. человек, свыше 9 000 находились под наблюдением, из которых более 3 000 контактировавших было помещено для карантинной обсервации в различные медицинские учреждения» (там же). Проецируя статистику прививочной смертности при вспышке в Южном Уэльсе (см. выше) на московскую вспышку, можно предположить, что при троих умерших от оспы прививками умертвили никак не менее полутора-двух сотен человек и многократно больше искалечили. Точных цифр, которые, вполне по Шоу, могли бы напугать и Ирода, нет. Скромно отмечено: «Во время поголовных прививок в Москве с полной очевидностью выявилась чрезмерная реактогенность оспенной вакцины. В отличие от бытовавшего мнения об отсутствии в СССР поствакцинальных осложнений… оказалось, что применявшаяся вакцина вызывает как поствакцинальные энцефалиты, так и иные тяжелые осложнения» (там же). В самом деле, кто бы только мог это предположить!

246

Бразоль Л. Е. Мнимая… с. 43.

247

Гальперин Э. А. Клиника… с. 18–19.

248

Там же, с. 129–130.

249

Профилактические… с. 179.

250

Бондарев В. Н. Поствакцинальные осложнения со стороны нервной системы при иммунизации оспенной вакциной // Профилактические прививки и их влияние на детский организм. Материалы конференции (май 1968 г.). Л., 1968, с. 63.

251

Fenner F. Smallpox… p. 307.

252

Ibid., p. 304.

253

Так, летальность при осложнениях, согласно данным одной аналитической статьи, была следующей: из 64 больных с поражением центральной нервной системы умерло 22, из 16 больных с вакцинальной экземой умерло 4, из 8 больных с хронической прогресси рующей вакцинией умерло 7 *(Conybeare E. T. //Monthly Bull. Minist. Hlth Lab. Serv.* 1964; 23:126–133, 150-59, 182–186. Цит. *по: ЛибовА. Л.* Международная практика иммунизации. М., 1971, с. 76).

254

McBean E. The poisoned…

255

Влияние профилактических прививок на организм ребенка. Под ред. проф. С. Д. Носова. Л., 1968, с. 80 и 147. Способность прививок от оспы провоцировать лимфопролиферативные болезни не осталась в тайне и от зарубежных исследователей. См., например, *Bichel J.* Post-vaccinal smallpox lymphadenitis developing into Hodgkin's disease. *Act. Med. Scand.* 1976; 199:523–525.

256

Ладный И. Д. Ликвидация оспы и предупреждение ее возврата. М., 1985, с. 54–55.

257

_____________________ Два российских профессиональных вакцинатора, живописав все ужасы, которым под вергается непривитый ребенок, восхваляют подвиги прививок, заявляя при этом: «Что уж говорить об оспе, ликвидация которой в мире была достигнута исключительно с помощью тотальной вакцинации населения» *(Таточепко В. К., Озерецковский Н. А.* Родителям о прививках. М, 2001). Или вот образец невежества, достойный помещения в паноптикум: «Итак, нужны ли профилактические прививки? Мы знаем, какие страшные смертельные болезни существовали раньше. Эпидемии чумы, черной оспы охватывали города, страны, целые континенты. Население зачастую вымирало полностью, выздоравливали единицы. Однако сейчас эти заболевания не встречаются… Именно профилактические прививки во всех странах избавили человечество от этих страшных инфекций» (*Тимофеева А. М.* Беседы детского доктора. М., 2000, с. 125–126). Невозможно поверить, что это написано *врачом*

258

Baxby D. Surveillance-containment is key to eradication of smallpox. *BMJ* 1995; 310:62.

259

Ладный И. Д. Ликвидация… с. 64–65. А ведь виконт Морли (см. прим. 85) докладывал о «системе эпидемиологического надзора» как главном средстве ликвидации оспы еще за 60 лет до того, как ВОЗ, перекалечив и убив противооспенными прививками не одну тысячу людей, признала это!

260

Например, вместе с констатацией того, что к середине 1960-х гг. стало очевидно, что нужно искать новую стратегию, подчеркивалась важность переключения усилий на активный поиск заболевших для их ранней изоляции, не удовлетворяясь лишь сообщения ми постфактум *(Fenner F.* Smallpox… p. 76).

261

Baxby D. Jenner's smallpox vaccine. The riddle of vaccinia virus and its origin. London, 1981, pp. 171–178.

262

Там же, р. 178.

263

Его роль в более поздних публикациях была отведена, например, сусликам Туркмении и мышам Восточной Европы. Однако в Западной Европе, где и происходили все главные прививочнооспенные чудеса XIX в., обнаружить его у грызунов так и не удалось. См. *Benett M., Baxby D.* Smallpox. *J. Med. Microbiol.* 1995; (45):157–158.

264

Blaxall F. R. Report on equine variola. In *Annual Report of the Local Government Board, 1901-2* (London: HMSO, 1903), pp. 568-9. Цит. по *Baxby D.* Jenner's… p. 178.

265

Loy J. An Account of Some Experiments on the Origin of the Cow Pox. London, 1801. Цит. no: Ibid., p. 176.

266

Так, проф. Эдгар Крукшенк писал, что «прививочные лимфы, происходящие от бо лезни лошадей, почти совершенно неизвестны медикам» *(Crookshank E. M.* History and pathology of vaccination. London, 1889, vol.1, p. 394. Цит. по: *Razzel P.* The Origin of Vaccinia Virus – A Brief Comment. *Soc. Hist. Med.* Apr 1999; 12:1, p. 141).

267

Хотя этот вирус относится к тому же семейству, но принадлежит к совершенно другому виду, и ни к какой защите от натуральной оспы – истинной или мнимой – отношения иметь не может.

268

Отсюда еще и тот вывод, что Дженнер при всем желании не мог набрать достоверного количества пострадавших от коровьей оспы в одном месте.

269

Студент с бесценным грузом был срочно отправлен к приятелю Дженнера Маршаллу в Истингтон, чтобы там увеличить запас лимфы. Потом Дженнер, вполне в своем духе, заявлял, что эта лимфа и есть настоящий, *им самим* полученный материал коровьей оспы!

270

«Иногда приводятся данные, на первый взгляд говорящие о неэффективности прививок. Танавала (Thanawala, 1956) указывает, что в Индии средняя летальность у вакцинированных больных равна 16,7 %. Однако слабая результативность прививок объясняется несоблюдением сроков ревакцинации и плохим качеством вакцины. Из 121 заболевшего оспой американского солдата во время одной из вспышек в Корее умерло 25. Вспышки и эпидемии последних лет в Пакистане протекали с громадной летальностью, доходившей до 40–50 %. Анализ этих и аналогичных по тяжести течения вспышек и эпидемий позволяет выявить причину высокой смертности. Как правило, она объясняется отсутствием прививок, нарушением правил ревакцинации или неполноценностью вакцины и условий ее хранения» *(Гальперин Э. А.* Клиника… с. 18). Было бы желание, а подходящее объяснение всегда найти можно.

271

Baxby D. Indications for smallpox vaccination: policies still differ. *Vaccine* 1993; 11:395–396.

272

Даже вполне лояльный к Дженнеру Бэксби признает, что Дженнер должен был отлично знать: прививание *топ же* болезни, от которой призвана защитить прививка, то есть ино куляция, не дает не только пожизненной, но и даже доказанно надежной защиты (случаи, когда инокулированные позднее заболевали самой что ни на есть типичной натуральной оспой, отнюдь не являлись единичными и были прекрасно известны и Дженнеру). Никаких оснований думать, что *близкое* заболевание окажется более эффективным, чем *то же самое,* у него не было. Тем не менее он утверждал, что коровья оспа дает не просто защиту, а *пожизненную* защиту, сознательно вводя слушателей в заблуждение (а ведь благодаря этому заблуждению он получил деньги от парламента!). Кроме того, Дженнер подчеркивал сходство возникающих после инокуляции и при коровьей оспе элементов на коже, что также было неверно – они достаточно разнились (на это позднее было совершенно определенно указано д-рами В. Вудвилем и Дж. Пирсоном, экспериментировавшими в Лондонском инокуляционном госпитале). В поисках оправдания Дженнера, Бэксби предполагает, что таким образом тот пытался привлечь к своей идее инокуляторов *(Baxby D.* Edward Jenner's role in the introduction of smallpox vaccine // Vaccinia… p. 62). Если это так, то это свидетельство еще одной умышленной лжи Дженнера; если же он элементарно не мог различить вполне очевидное, то как же быть с расхваленной научной добросовестностью «спасителя»?

273

Так, в своем письме к другу и биографу Дж. Муру Дженнер в 1810 г. вспоминал: «Когда я обнаружил, что д-р Вудвиль намерен опубликовать сообщение о наблюдавшихся в его госпитале воспалительных сыпях (после прививок коровьей оспы. – *А. К.),* я упросил его в самых энергичных выражениях, как письмом, так и в личной беседе, не делать этого, так как это может сильно повредить прогрессу прививок». Ну как можно после этого упрекнуть прусских врачей или Н. Ф. Гамалею, заявлявших о полной безопасности прививок коровьей оспы? Не такому ли подходу учил их духовный отец? Вредитель- ские откровения Вудвиля, хотя и взятые Дженнером вовремя под контроль, не прошли мимо неодобрительного внимания российского историка В. Святловского (1869–1927), сообщившего в своем иконографическом произведении следующее: «…Вудвиль, не довольствуясь разглашением неудачных опытов, вносил еще смуту в слабые умы, печатно заявляя, что коровья оспа принимает часто характер весьма злокачественного страдания» *(Святловский В. В.* Эд. Дженнер… с. 50). Как истинный ученый, Вудвиль должен был помалкивать, давая умам окрепнуть?

274

Нечаев С. Н. Эдвард Дженнер и оспопрививание: личность в историческом процессе. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1996, 2, с. 54–56.

275

Mendelsohn R. S. Immunizations. The terrible risk your children face that your doctor won't reveal. 1988, pp. 66–67 и *James W.* Immunization: The Reality Behind the Myth. 1988, pp. 124–125.

276

Conolly C Mixed Report on Smallpox Inoculations Side Effects Less Common Than Feared, but Heart Ills Remain a Mystery. *Washington Post*December 7, 2005; Page A05.

277

Chimps may provide safer smallpox vaccine – study. Сообщение *Reuters* от 23.01.2006.

278

Сообщение *Lenta.ru* от 22.02.2002. При этом другие российские вакцинаторы, невзирая на «рассказы академика», придерживаются диаметрально противоположного мнения, подкрепляя свою точку зрения ссылкой на ВОЗ: «На основании наблюдений эксперты ВОЗ заключили, что вирус обезьян не представляет опасности с точки зрения эпидемического распространения инфекции. Был сделан общий вывод о том, что животные не являются хранителем натуральной оспы человека… с помощью генно-инженерной технологии было установлено, что вирус оспы человека нельзя получить из вируса оспы обезьян, поскольку различия между молекулами ДНК вирусов оспы выражены значительно и делают невозможным трансформацию одного вируса в другой» *(Учайкин В. Ф., Шамшева О. В.* Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М, 2001, с. 84–85). Вся эта милая возня вокруг вирусов «оспенной» группы заслуживала бы публикации исключительно в журналах числом подписчиков в сотню-другую человек, но от результатов ее зависит здоровье, а то и жизнь миллионов людей, которым могут быть навязаны очередные «совершенно необходимые» прививки во имя доходов кучки забывших честь и совесть интересантов.

279

Сообщение РИА Новости от 02.04.2004. Фантазии в при вивочном деле специалистам из «Вектора» явно не занимать: «…Над созданием съедобных вакцин ученые во всем мире трудятся уже довольно давно. Действительно, заманчиво вместо укола съесть вкусный и полезный овощ, чтобы уберечься от опасной болезни. Дешево, просто и безопасно. Естественно, овощ должен быть трансгенным, для этого в растение внедряют ген вирусного белка, а он вызывает в организме образование антител, которые будут работать и в том случае, если придется встретиться с настоящим вирусом. Томаты идеально подходят для создания съедобной вакцины, потому что их не нужно подвергать кулинарной обработке. Такую вакцину создали исследователи из ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» в Новосибирской области… Исследование показало, что уже после первого приема «томатной» вакцины формируется мукозный иммунитет против гепатита В и ВИЧ, а после второго – увеличивается уровень антител в крови (системный иммунитет)» (Съедобная вакцина против гепатита и ВИЧ. *Зеркало недели on the Web* 29(556), 2005 со ссылкой на агентство «ИнформНаука»), Остается только надеяться, что такие «вкусные и полезные овощи» не будут попадать на наш стол – во всяком случае, без нашего ведома. А такой вариант вполне возможен, чему лучшим доказательством является хотя бы «вакцинация исподтишка» населения, проводимая уже десятки лет живой полиовакциной Сэбина. Сюда же: «Заслуживает серьезного обсуждения вопрос о возобновлении вакцинации против оспы, но вакцинами новых поколений, скорее всего поливалентными. В России проводятся работы по подготовке возобновления вакцинации против оспы» *(Покровский В. И.* Эволюция… с. 644–645).

280

Самарина В. Н., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, М., 2000, с. 59.

281

Meyers J. D. Congenital varicella in term infants: Risk considered. *Journal of Infectious Disease* 1974, 129:215–217. О смертности новорожденных в 23 % случаев при заражении беременной в течение последних пяти дней перед родами и матери в течение первых десяти-двенадцати дней после родов сообщается в статье *Sauerbrei A., Wutzler P.* Neonatal varicella. *J. Perinatol.* Dec 2001; 21:545-9.

282

Тем не менее при сковыривании оспенных пузырьков могут оставаться небольшие рубчики. Поэтому важно коротко подстригать ребенку ногти и стараться отвлекать его чтением и играми. Для уменьшения зуда могут быть также рекомендованы ванны с кукурузным крахмалом.

283

Если не оговорено иначе, гомеопатические препараты, предлагаемые в этой книге для лечения острых состояний, рекомендуется давать в 30-м сотенном разведении (ЗОС). Разовая доза – 4–5 крупинок под язык (или растворенных в небольшом количестве теплой кипяченой воды) за 20–30 мин. до еды или через 3–4 часа после еды. Если используется спиртовой раствор, то достаточно использовать 3–4 капли на указанное выше количество воды. При отсутствии эффекта через 4–5 часов, дозу можно дать еще один раз. Следует помнить, что повторять лекарство *не следует* до тех пор, пока продолжается его наблюдаемое действие (снижение температуры, уменьшение беспокойства, зуда и т. д.).

284

Ванье Л. Гомеопатические средства при острых состояниях. М., 1993, с. 10.

285

Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica. М., 1999, т. I, с. 13.

286

Там же, с. 281.

287

Ванье Л. Гомеопатические… с. 10.

288

Eichenwald H. F. Fever and antipyretics (Commentary). *Bull. World Health Organ.* 2003, 81 (5).

289

PrebludS. R. Varicella: complications and costs. *Pediatrics* 1990, 86:874–882.

290

ZieboldC. et al. Severe complications of varicella in previously healthy children in Germany: a 1-year survey. *Pediatrics* Nov 2001; 108:E79.

291

При том, что среди заболевших ветряной оспой взрослые составляют примерно 2–3%. именно они дают до 50 % смертности от этой болезни. Во Франции 92 % случаев заболевания в начале 1990-х гг. приходилось на детей до 14 лет *(Deguen S. et al.* Epidemiology of chick-enpox in France (1991–1995). *J. Epidemiol. Community Health* Apr 1998; 52 Suppl 1:46S-49S).

292

См. прим. 10. А вот статистика распределения смертности от ветряной оспы в США по возрастным группам, опубликованная в 1996 г. Согласно этим данным, смертность от оспы среди младенцев достигает 6,23 на 100 000 заболевших (0,00623 %), в возрасте 1–4 года – 0,00075 %, 15–19 лет – 0,0027 %, 30–49 лет – 0,025 % *(MMWR* July 12 1996- vol. 45, No.RR-П).

293

Wrensh M. et al. Does prior infection with varicella-zoster virus influence risk of adult glio- ma? *Am. J. Epidemiol.* Apr 1997; 145:594-7 и *Wrensch M. et al.* Prevalence of antibodies to four herpesviruses among adults with glioma and controls. *Am. J. Epidemiol.* 2001; 154:161–165.

294

Boulianne N. et al. Most ten-year-old children with negative or unknown histories of chicken- pox are immune. *Ped. Inf. Dis. J.* 2001; 20:1087–1088.

295

Пример таких постоянных контактов низкой интенсивности медицинских работников с возбудителем гепатита В будет дан мною в главе, посвященной этой болезни.

296

Червонская Г. П. Прививки… с. 384.

297

См. детальное обсуждение вопроса в статье *Moscowitz R.* The Case Against Immunizations. *Journal of the American Institute of Homeopathy* March 1983; 76:7. Там же автор заявил, что лучшее, что можно сделать для детей, – это предоставить им возможность заразиться и переболеть корью и свинкой в возрасте 6–7 лет и предотвратить тем самым возможные проблемы в будущем. Перевод статьи имеется в Рунете.

298

MacKenzie D. The hidden catch. *New Scientist* May 4, 2002 (2341).

299

См. три статьи д-ра Голдмена: *Goldman G. S.* Varicella susceptibility and incidence of her pes zoster among children and adolescents in a community under active surveillance; Incidence of herpes zoster among children and adolescents in a community with moderate varicella vacci nation coverage; Using capture-recapture methods to assess varicella incidence in a community under active surveillance. *Vaccine* 2003; (21) 27/28 pp. 4238-55.

300

«Data Reveals Threat of Shingles Epidemic From Vaccine Use; Health Officials Threaten Legal Action Against Researcher», сообщение PRNewswire, цит. по материалу рассылки новостей NVIC от 1 октября 2003 г. Для опоясывающего герпеса характерны боли невероятной интенсивности, которые могут продолжаться неделями. Одно из названий болезни на голландском – «адский огонь», что достаточно точно характеризует испытываемые больным ощущения. История с публикацией материалов Голдмена будет неполна без сообщения самого Голдмена об угрозах судебного преследования со стороны Центра контроля заболеваний в случае, если он осмелится опубликовать эти данные в медицинской литературе. Голдмен осмелился. Более ни в каких финансируемых государством проектах его участвовать не приглашают, а он сейчас возглавляет независимый медицинский журнал «Medical Veritas». А сколько было в истории прививок таких, которые *не* осмелились, благоразумно решив, что своя рубашка ближе к телу? Или тех, кому нашли способ заткнуть рот?

301

Soe V. A Pox On Your House? Please Call! Chicken pox parties may be back in vogue. *San Francisco Chronicle, CA* January 29, 2004. Цит. по материалу рассылки новостей NVIC от 29.01.2004.

302

В 1987 г. автор одной из статей писал: «Не следовало бы планово прививать детей, если иммунитет с годами исчезает, оставляя популяцию подверженных ветряной оспе незащищенных взрослых… Фактически единственный способ проверить, не исчезает ли иммунитет, это привить большое число здоровых детей и наблюдать за ними долгие годы. Таким образом, лишь система наблюдения после лицензирования (вакцины. – *А. К.*) может быть использована для ответа на этот вопрос» *(Gershon A. A.* Live attenuated varicella vaccine. *Annals and Reviews of Medicine* 1987; 38:41–50). Миллионы детей и их родителей принимают сейчас участие в этом эксперименте, который неизвестно еще чем закончится и вполне может оказаться пагубным.

303

«Опасен контакт с больными ветряной оспой для детей, получающих лечение кортикостероидными гормонами и цитостатиками, у них заболевание протекает в тяжелой, часто осложненной форме». См. прим. 1.

304

Friedman Ross L., Lantos J. D. Immunization against chickenpox. *British Medical Journal* Jan 7, 1995(310):2–3.

305

Lieu T. A. The cost of childhood chickenpox: parents' perspective. *Pediatr. Infect. Dis. J.* Mar 1994; 13:173-7.

306

Ferson M. J. Another vaccine, another treadmill? *J. Paediatr. Child. Health* Feb 1995; 31(1):3–5. Действительно, в Японии, где прививки против ветряной оспы делаются уже свыше 20 лет, отмечено значительное увеличение заболеваемости ветряной оспой взрослых, и «социальная стоимость» (social cost) такого развития событий заставляет местные власти всерьез задуматься. См. Varicella in Adulthood. *Kansenshogaku Zasshi* Nov 1997; 71(11):1113-9.

307

«Латвию обсыпало ветрянкой». Сообщение *Rupor.info* от 05.07.2005.

308

«При иммунизации любой вакциной у беременных женщин возможно инфицирование плода и возникновение у него хронической инфекции, так как вакцинный вирус способен преодолевать плацентарный барьер…» *(Постовит В. А.* Детские капельные инфекции у взрослых. М, 1982, с. 86).

309

Скрипник О. Академик Жанна Возианова: «У нас инфекционные заболевания, о которых раньше не подозревали». *Зеркало недели On the Web* 2005, № 42 (570).

310

awson H. et al. Deaths from chiekenpox in England and Wales 1995-7: analysis of routine mortality data. *BMJ*November 2001; 323:1091-3.

311

Varivax® [Varicella Virus Vaccine Live (Oka/Merck)]. Manuf. and dist. by Merc and Co., Inc., West Point, PA, 19486, USA. November 2000.

312

Krause P. R., Klinman D. M. Efficacy, immunogenicity, safety, and use of live attenuated chickenpox vaccine. *J. Pediatr.* 1995(4); 127:518–525.

313

«Присутствие в препаратах клеточной гетерологичной ДНК в большой концентра ции представляет онкогенную опасность, так как ДНК может вызывать инактивацию супрессорных онкогенов или активацию протоонкогенов после ее интеграции с клеточ ным геномом. По требованиям ВОЗ уровень такой гетерологичной ДНК в вакцинах не должен превышать 100 пг на дозу. Проблема онкогенной опасности существует и для вновь разрабатываемых вакцин, состоящих из чистой ДНК возбудителей инфекционных болезней» *(Медуницын Н. В.* Вакцинология. М., 1999, с. 116). 100 пг – это всего лишь оценочный уровень, полученный в опытах на животных, неизвестной степени достовер ности применительно к людям. Однако отсутствие точных знаний о том, как развиваются опухоли у человека, не мешает продвижению на рынок все новых вакцин, в том числе и генно-инженерных.

314

Центр контроля заболеваний ныне более умерен в своей оценке: 85 % эффективности вакцины. Похожую (87 % эффективности) оценку дают авторы статьи *Vazquez M. etal.* The effectiveness of the varicella vaccine in clinical practice. *N. Engl. J. Med.* Mar 29, 2001; 344 (13):955-60. С марта 1997 г. по ноябрь 2000 г. они собирали статистику заболеваемости ветряной оспой в Нью-Хевене (Коннектикут, США). Из 274 заболевших детей с диагнозом ветряной оспы, подтвержденным обнаружением вируса, 56 (20,43 %) были привиты, что, учитывая традиционную безобидность самой болезни и неизбежную небезопасность вакцины, вряд ли свидетельствует в пользу применения последней.

315

Например, во время вспышки болезни в одной из начальных школ округа Лаундаун из 47 заболевших детей половина были привиты *(Boodman S. G.* An Imperfect Vaccine: Chickenpox Cases Stir Call for Booster. *Washington Post*December 24, 2002; p. HE06). Во время недавней вспышки оспы в одной из школ Гейлсвилля (Висконсин) из 44 заболев ших привиты были 42. При этом привиты они были вакцинами разных производителей и в разное время, так что обвинить определенную серию вакцины оказалось невозможным (Chickenpox outbreak investigated at Gale-Ettrick-Trempealeau. Сообщение Associated Press от 20.01.2006). Но и это еще не рекорд. Настоящий рекорд остается за недавней вспышкой болезни в начальной школе реально существующей в США Трои (Алабама): после восьми лет свободы от ветряной оспы (болел только один ученик), произошла крупная вспышка болезни. Заболели свыше сорока школьников, привиты ранее были *все без исключения (Clower M.* Chicken pox outbreak. *Troy Messenger* February 27, 2006).

316

См., например, *Nolan T. et al.* Reactogenicity and immunogenicity of a live attenuated tetravalent measles-mumps-rubella-varicella (MMRV) vaccine. *Vaccine* Dec 2002; 21:281-9 и *ArbeterA. M. et al.* The combination measles, mumps, rubella and varicella vaccine in healthy children. *Dev. ВЫ. Stand.* 1986; 65:89–93.

317

Salzman M. B. et al. Transmission of varicella-vaccine virus from a healthy 12-month-old child to his pregnant mother. *J. Pediatr.* 1997(1); 131:151–154.

318

Huang W. et al. Transmission of varicella to a gravida via close contacts immunized with varicella-zoster vaccine. A case report. *J. Reprod. Med.* Oct 1999; 44(10):905-7.

319

Leung A. K., Kao C. P. The truth about chickenpox. *Can. J. Diagn.* 1999; 16(12):79–87.

320

Во многих руководствах сообщается, что у детей до двух лет заболевание *как правило* протекает бессимптомно, но примерно у 70 % взрослых сопровождается желтухой. Российские авторы указывают, что «при одинаково низкой частоте инфицирования детей и взрослых доля клинически выраженного ГА (гепатита А. – *А. К)* у последних существенно выше (1:1 у взрослых против 1:50 – 1:100 у детей)» *(Покровский В. И. и др.* Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М, 2003, с. 58).

321

Скоротечные, опасные для жизни; от лат. *fulminare* – поражать молнией. *А. К.*

322

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 198.

323

Инфекционные болезни. Справочник для всех. СПб, 2000, с. 136.

324

Тимченко В. Н. и др. Все о детских прививках. СПб, 2003, с. 72.

325

Hadler S. G. Global impact of hepatitis A virus infection changing patterns // *Hollinger F. B., Lemon S. M., Margolis H.* (eds.) Viral hepatitis and liver disease. Baltimore, 1991, pp. 14–20.

326

Mclntire J. J. et al. Immunology: hepatitis A virus link to atopic disease *Nature* Oct 2003- 425:576.

327

Подтверждением этого может служить хотя бы тот факт, что к пятилетнему возрасту 90 % детей в экономически малоразвитых странах уже инфицированы вирусом гепатита А. Там же.

328

Покровский В. И. Эволюция… с. 57.

329

Shapiro C. N. et al. Epidemiology of hepatitis A in the United States // *Hollinger F. B.* Viral… pp. 71–76.

330

«Проблема обеспечения населения доброкачественной питьевой водой остается острой. Несмотря на отмечающееся снижение сброса загрязненных стоков в водоемы, качество воды источников централизованного водоснабжения не улучшается. По санитарно-химическим показателям не отвечают гигиеническим требованиям 29 % проб воды, а по микробиологическим около 9 % проб воды источников водоснабжения. Половина из всех поверхностных источников водоснабжения не отвечает санитарным нормам и правилам из-за отсутствия организованных зон санитарной охраны» *(Шляхтенко Л. И.* Внимание: желтуха! *Медицина для всех,* 2001, 1).

331

Покровский В. И. Эволюция… с. 61. Сравните со следующим: «Поскольку гепатит А – чрезвычайно распространенная инфекция в нашей стране, можно ставить задачу о поголовной вакцинации в детском возрасте. Однако из-за высокой стоимости вакцины выполнить эту задачу не представляется возможным» *(Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 198). Обращает на себя внимание и слово «поголовный», словно речь идет о скоте или дело происходит не в 2001 г., а во времена ленинского декрета о насильственном тотальном оспопрививании. Учайкин же, немного позднее: «Нет оснований считать, что проблему заболеваемости гепатитом А, как какой-либо другой кишечной инфекции, можно решить за счет повышения качества жизни. Сегодня всем очевидно, что вакцинация против гепатита А должна быть включена в Федеральный календарь профилактических прививок» *(Учайкин В. Ф.* Научные и организационные приоритеты инфекционной патологии у детей. *Педиатрия,* 2003, 7, с. 6–10). Понятно, что за счет повышения качества жизни можно решить проблему заболеваемости лишь теми хворобами, против которых нет прививок, или последние по каким-то причинам не удается навязать всему населению. Так, проблему холеры и тифов пришлось, скрепя сердце, решать хлорированием воды и устройством канализации, а дизентерии – санэпидпросветом.

332

Чубирко М. И. и др. Характер эпидемического процесса при вирусном гепатите А по Воронежской области // Инфекции, обусловленные иерсиниями (иерсиниоз, псевдотуберкулез), и другие актуальные инфекции. Материалы международной конференции. Санкт-Петербург, 29–31 мая 2000 г.

333

Havrix® (Hepatits A Vaccine, Inactivated). Prescribing information.

334

Там же.

335

Там же.

336

Там же.

337

Учапкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 199. Каждые пять лет прививаться от гепатита А – что может быть глупее!

338

Там же, с. 200.

339

Тимченко В. Н. Все о детских… с. 73–74.

340

В аннотации к вакцине ее производитель признает: «Длительность защиты, обеспечиваемой полной иммунизацией «Хаврикс», не установлена. Поэтому неизвестно, будет ли защита, обеспеченная иммунизированным детям, длиться до взрослого возраста». Соответственно, никаких сроков – ни точных, ни приблизительных – в аннотации вообще не указывается (Havrix ®…). Откуда берется грандиозная цифра в 20 лет, впрочем, известно. Это отнюдь не *срок защиты от болезни,* а *оценка предположительного присутствия антител* в некотором титре, сделанная на основе кинетической модели *(Zimmerman R. K. et ah* Routine vaccines across the life span, 2005. *A supplement to the Journal of Family Practice* 2005, vol. 54, 1, pp. S9-S26). Как учит прививочная практика, подобное моделирование, на основании которого вакцинаторы смело обещают торжество над прививаемой болезнью на долгие годы, как правило не имеет никакого отношения к реальной жизни.

341

Горбунова А. Главное – профилактика. *Петербургский дневник* № 32 (44) от 15 сентября 2005 г., с. 5. На соседней странице в том же номере газеты опубликована другая заметка, под названием «Губернатор надоила литр молока», в которой сообщалось об участии губернатора Санкт-Петербурга в церемонии открытия 4-го Молочного фестиваля. «По фестивальной традиции В. И. Матвиенко подоила корову; надой составил 1 литр». Не густо. Читатели согласятся со мной, что санкт-петербургские вакцинаторы вполне могли бы предложить своему губернатору уроки профессионального доения.

342

Учайкин В. Ф. Вирусные гепатиты у детей: этиологическая структура, особенности течения и лечение. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1998, 2, с. 4–8.

343

Постановление главного государственного санитарного врача по Москве Н. Филатова № 1 от 21 февраля 2005 г. «О состоянии заболеваемости вирусным гепатитом А и мерах по ее снижению» *(Санитарно-эпидемиологический собеседник,* 2005, 5(33), с. 24–25).

344

Сообщение *Regnum.ru* от 20.01.2006.

345

Учайкин В. Ф. Национальный календарь профилактических прививок: достоинства и недостатки. *Детские инфекции,* 2004, 2(7), с. 4–8.

346

Как было показано в статье *Dienstag J. L., Ryan D. M.* Occupational exposure to hepatitis B virus in hospital personnel: infection or immunization? Лт. *J. Epidemiol.* Jan 1982; 115(l):26–39, вероятность обнаружения HBsAg (австралийского антигена – см. далее) у медика уве личивается вследствие работы с продуктами крови, гепатита в анамнезе, стажа работы и возраста, но не вследствие количества контактов с пациентами, причем обнаружение маркера скорее указывает на иммунизацию вследствие постоянных контактов низкой ин тенсивности с возбудителем, нежели на перенесенное активное заболевание. Российские авторы указывают, что особенно высока инфицированность гепатитом В у оперирующих хирургов и особенно врачей-гематологов (у последних – до 84,6±1,9 %) *(Тайц Б. М., Рах манова А. Г.* Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 181).

347

Здесь интересно будет отметить, что одно из самых первых свидетельств в пользу па рентерального пути передачи так называемого сывороточного гепатита связано не с чем иным как с прививками. В августе 1883 г. из-за нескольких спорадических случаев натуральной оспы было решено вакцинировать или ревакцинировать всех работников немец кой промышленной компании «Актиен-Гезельшафт Везер». Прививки делались в трех отдельных помещениях завода коллективом из шести докторов. Итог: помещение I – 141 из 540 привитых заболел гепатитом; II – 35 (466); III – 14 (283). Отсутствовали 50 человек, и прививка всем им была сделана позднее. Заболел один. Разумеется, это был далеко не единственный случай, когда прививаемые заражались гепатитом. В 1938 г. семь детей в приюте для умственно неполноценных в Британии получили прививку против кори (вакцина была приготовлена из сыворотки выздоровевших от кори). Все семеро тяжело заболели, трое из них скончались от острой атрофии печени. Позднее выяснилось, что это была только часть всей истории. Министерство здравоохранения Великобритании сообщило, что всего получили прививку на основе инфицированной сыворотки 109 человек, 8 из них умерли. Аналогичный случай был описан в 1951 г. Заболели 7 из 10 человек, получивших прививку для профилактики кори. Трое умерло, причем один скончался от энцефалита без признаков желтухи. Плазма была собрана от 60 доноров, 6 из которых имели историю желтухи в анамнезе. В 1944 г. 226 британских призывников были привиты против свинки сывороткой только что выздоровевшего от этой болезни. Почти у половины привитых развилась желтуха, хотя сыворотка была отфильтрована и к ней добавлен ртутьсодержащий консервант (мертиолят). Вирус гепатита от этих манипуляций ничуть не пострадал *(Wilson G. S.* The Hazards of Immunization. London, 1967, pp. 113–114).

348

Stratton K. R. et al. Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality. IOM, 1993, p. 211. Читатели могут найти эту книгу в Интернете на сайте издательства National Academic Press.

349

Бондаренко Л. Л. Прогнозирование хронического вирусного гепатита. *Российский меди цинский журнал,* 1998, 1, с. 15–17.

350

«…Только у 5 % детей с хроническим гепатитом В заболевание заканчивается циррозом печени» *(Учайкин В. Ф.* Вирусные гепатиты у детей: этиологическая структура, особен ности течения и лечение. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1998, 2, с. 4–8).

351

Klenner F. R. Observations on the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range of a Vitamin in Human Pathology. *J. Appl. Nutr.* 1971, vol. 23, No's 3 amp; 4. По скольку имя Кленнера и его метод лечения разных заболеваний с помощью мегадоз витами на С будут упоминаться и в других главах этой книги, я сразу же оговорюсь, что Кленнером использовался раствор аскорбата натрия, методика приготовления которого с пометкой «только для врачей!» описывается на веб-сайте http://www.orthomed.com/civprep.htm.

352

National Vaccine Information Center Newsletter August 1992.

353

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика инфекционных болезней: настоящее и будущее.

354

А вот что подсовывается публике: «Вакцинация против гепатита Б приводит к развитию длительного иммунитета. Поэтому прививки, проведенные в детстве, будут предупреждать заболевание в течение жизни» *(Таточенко В. К., Озерецковскип Н. А.* Родителям о прививках. М., 2001).

355

StreetA. C. etal. Persistence of antibody in healthcare workers vaccinated against hepatitis B. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 1990; 11:525-30.

356

asko M. T., Beam T. R. Persistence of anti-HBs among health care personnel immunized with Hepatitis B vaccine. *American Journal of Public Health* 1990; 80:590-93.

357

Согласно CDC Prevention Guidelines: A Guide to Action (1997), от 30 % до 50 % людей, у которых выработались антитела к антигену вируса гепатита В после трех доз вакцины, потеряют их в течение семи лет.

358

Petersen K. etal. Duration of Hepatitis B Immunity in Low Risk Children Receiving Hepatitis B Vaccinations from Birth. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2004; 23(7):650–655.

359

Выступая перед комитетом по образованию, искусству и гуманитарным проблемам массачусетской палаты представителей 27 марта 2001 г., Джуди Конверс (диетолог, автор популярной книги «Когда ваш доктор ошибается. Прививка от гепатита В и аутизм», сама серьезно пострадавшая от этой прививки и имеющая ребенка, чуть не погибшего после нее) удачно сравнила такую политику с приемом аспирина в понедельник, чтобы предотвратить похмелье в пятницу.

360

The 396 Million Dollar Experiment. Ottawa: The Nightingale Research Foundation, 1994. Цит. по: *Diodati C. J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 125.

361

«Финансовые проблемы заметно ограничивают использование HB-вакцин. Несмо тря на то, что снижение цены на HB-вакцину в развивающихся странах с 20 USD до 3,0–5,0 USD за одну дозу сделало возможным массовое использование этой вакцины в детских иммунизационных программах, она по-прежнему остается дороже большинс тва других вакцин» *(Jangu Banatvala и др.* Пожизненный иммунитет к гепатиту В: роль иммуногенности вакцины в формировании иммунологической памяти. *Медицина для всех,* 2001, 1). По имеющимся у автора сведениям, цена трех прививок в РФ составляет от 600 до 800 руб. или около 21–28$. Интересно было бы узнать, за счет чего достига ется десятикратно меньшая стоимость прививки. Уж не за счет ли того, что в ее цену для третьесортных стран не вкладывается компенсация за возможный ущерб здоровью привитого?

362

Фролова Г. С. и др. Сравнительная характеристика двух схем массовой вакцинации против гепатита В детей первого года жизни. *Педиатрия,* 2000, 1, с. 47–49.

363

Xu D. Z. et al. Risk factors and mechanism of transplacental transmission of hepatitis B virus: A case-control study. *J. Med. Virol.* May 2002; 67(l):20-6. Не так давно мне на глаза попался автореферат диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук Нгуена Зуй Фонга «Сравнительная клинико-лабораторная и эпидемиологическая характеристика и особенности вирусных гепатитов В и С у лиц фертильного возраста во Вьетнаме» (СПб, 1997). Диссертант сообщает: «Нами было исследовано 300 пар сывороток крови "мать- ребенок". Из них HBsAg выявлен у 35 матерей (11,6 %). Кроме HBsAg маркеры других вирусов у обследованных не были выявлены, отсутствовали также и клинические проявления заболевания. Все родильницы считали себя практически здоровыми. Обследо- вание в динамике 35 детей, родившихся от матерей – «носительниц» HBsAg позволило выявить следующие закономерности. Если в первые дни жизни ни у одного новорожденного маркеры HB-вирусной инфекции выявлены не были, то через 3 месяца HBsAg определялся уже у 10 детей (28,5 %). В возрасте 6 месяцев дополнительно выявлено еще 4 случая носительства HBsAg. Таким образом кумулятивный показатель составил 40 %. Такая же частота обнаружения HBsAg сохранялась при обследовании детей на 9-ом и на 12-ом месяце жизни, то есть дополнительного инфицирования не происходило. Полученные данные позволяют нам высказать предположение о том, что инфицирование данной группы детей произошло либо во время родов, либо в постнатальном периоде. Так как все дети находились на грудном вскармливании, то логичным может быть утверждение, что вирус ГВ мог попасть в организм ребенка во время кормления. Наши данные совпадают с результатами, полученными другими авторами… Проблема трансплацентарной передачи вируса ГВ требует дальнейшего изучения». Эта информация достаточно точно отражает слабое понимание механизмов, по которым происходит передача вируса от матери ребенку, а потому логично было бы перед разработкой вакцины и, главное, насиль ственным прививанием всех новорожденных прояснить этот вопрос, но вряд ли с этой точкой зрения согласятся прививочные дельцы.

364

del Canho R. et al. Failure of neonatal hepatitis B vaccination: the role of HBV-DNA levels in hepatitis B carrier mothers and HLA antigens in neonates. *J. Hepatol.* Apr 1994; 20(4):483-6.

365

Стоит отметить, что расхождения по поводу «вертикального» (от матери младенцу) пу ти передачи отражены и в научной литературе. Так, в одной из статей заявляется следую щее: «Поскольку передача вируса гепатита В при рождении оказывает, вероятнее всего, самое незначительное влияние, а дети инфицируются позднее в младенческом возрасте, вакцинация при рождении не показана…» *(Pelizzer G. et al.* Serological survey of hepatitis B infection in Tanzania. *Public Health* Nov 1994; 108(6):427–431).

366

«Врач-неонатолог в первые часы жизни малыша должен обеспечить обязательную вак цинацию (в том числе и от гепатита) …», – поучает российская газета «Медицинский вестник», № 9 (244), март 2003 г., с. 7.

367

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 95.

Непонятно, как эта информация согласуется с таким оптимистичным толкованием для публики в российском научно-популярном издании: «Прививку делают детям и взрос лым, которые не болели гепатитом В, но лабораторное исследование перед прививкой не проводят. Даже если в крови человека циркулирует вирус гепатита В, но симптомов болезни нет, прививка только ускорит выработку антител и, следовательно, выздоровле ние» *(Тимченко В. Н. и др.* Все о детских прививках. СПб, 2003, с. 64). Вероятно, авторы данного издания просто не ознакомились с информацией производителя вакцины. Под стать этому бодрое разъяснение в другой книге: «По мнению американских педиатров, определение маркеров гепатита Б может оказаться дороже, чем сама вакцинация, а по скольку от введения вакцины можно ожидать *только позитивный эффект,* более раци онально проводить вакцинацию без предварительного дорогостоящего лабораторного обследования» (выделено мной. – *А. К). (УчапкинВ. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 100). О «только позитивном эффекте» я буду говорить далее.

369

Согласно статье *Carman W. F. et a/.* Vaccine-induced escape mutant of hepatitis B virus. *Lancet* Aug 11, 1990; 336(8711):325-9, у 44 полностью иммунизированных лиц, включая и детей матерей-носительниц вируса гепатита B, произошло инфицирование вирусом ге патита B (подтверждено лабораторными анализами).

370

Physicians Desk Reference. 2001, p. 2016.

371

Tilzey A. J. Hepatitis B vaccine boosting: the debate continues. *Lancet* 1995; 345:1000. Там же автор говорит: «Практика усиливать или не усиливать иммунитет (повторными прививками. – *А. К.)* изменчива и основана скорее на догмах, чем на научных данных».

372

Jilg W. Immune responses to late booster doses of hepatitis B vaccine. *J. Med. Virol.* 1985; 17:249-54 и *Hadler S. C.* Effect of timing of hepatitis B vaccine dose on response to vaccine in Yucpa Indians. *Vaccine* 1989; 7:106-10.

373

В 1997 г., например, из Иллинойса, Массачусетса, Нью-Джерси и Пенсильвании не было сообщено ни об одном случае гепатита В у детей в возрасте до 5 лет. В Нью-Гемпшире был зарегистрирован 1 случай, в Вашингтоне – 2, Мичигане – 9, Техасе – 13. Не сообщалось, сколько детей из их числа были привиты. В том же самом году из тех же восьми штатов в Систему сообщений о побочных эффектах прививок было заявлено о 106 только серьезных реакциях на прививки у детей в возрасте до 5 лет. Из этого числа пострадавших 10 детей скончались; 13 осложнений и 2 смерти последовали за введением одной лишь вакцины против гепатита В.

374

Shaw F. E. et al. Postmarketing surveillance for neurological adverse events reported after hepatitis B vaccination *Am. J. Epidemiol.* 1988, 127(2): 337–352.

375

СПИД как нозологическая единица и проблема для здравоохранения был признан в 1981 г., а плазма, использовавшаяся для производства вакцины и собиравшаяся именно от гомосексуалистов, больных гепатитом В, была собрана в 1977–1980 годах и безусловно могла быть заражена ВИЧ. Сколько человек заразились ВИЧ через эту прививку, навсегда останется тайной.

376

Генно-инженерные (рекомбинантные) вакцины основаны на геноме живых ослабленных вирусов, бактерий, дрожжей или клеток эукариотов, куда встраивается ген, кодирующий образование защитного антигена того возбудителя, сделать невосприимчивым к которому призвана вакцина.

377

The Pink Sheet January 14, 1985, p. 167. «Pink sheet» – название материалов совместных заседаний производителей вакцин и прививочных властей.

378

«Изучив вопрос, должны ли быть приписаны прививке против гепатита В данные Сис темы сообщений о реакциях на «коктейли», мы должны признать, что данные однозначно подтверждают: комбинированные множественные вакцины могут быть очень удобными и выгодными для педиатров, но смертельными или калечащими для младенцев. Где научные исследования, демонстрирующие, что вакцину против гепатита В можно безопасно назначать вместе с DTP (АКДС. – *А. К.),* вакциной против гемофильной палочки, оральной или инъекционной полиовакцинами и т. д.? Кто-нибудь занимался анализом стоимости таких исследований, учитывая и данные, демонстрирующие более высокую смертность и серьезные реакции, имеющиеся в распоряжении Системы сообщений о побочных эффектах прививок? Почему нет? Имеется ли определяемый генетический маркер у тех, у кого случились конвульсии, чтобы отсеять подверженных конвульсиям в будущем? Вот темы для изучения независимыми учеными», – заявил Белкин.

379

Согласно последней статистике VAERS, в 1999–2002 гг. в США в возрастной группе от 0 до 6 лет после прививок от гепатита В было сообщено о 13 363 побочных реакциях или осложнениях, среди которых в 1 840 случаях потребовалась госпитализация, а 642 случая закончились смертью. В моем распоряжении имеется и такая статистика американского педиатра Эдварда Ф. Язбака: с 1990 г. до конца 2002 г. в Систему сообщений о побочных эффектах прививок было заявлено о 9 520 осложнениях на прививку от гепатита В (одну или в комбинации с другими вакцинами) у детей в возрасте до года, 627 из которых закончились смертью (в 401 случае был поставлен универсальный для таких происшествий диагноз «синдром внезапной детской смерти»), осложнения в еще 284 случаях были признаны угрожающими жизни; в 4227 случаях родители привозили детей в приемные отделения больниц и 1591 ребенок был госпитализирован. В совокупности до конца 2002 г., то есть за 12 лет прививок, поступили сообщения о 38 600 случаях осложнений после прививки вакциной против гепатита В (одной или в комбинации с другими вакцинами) во всех возрастных группах; 753 из них закончились смертью привитых, в 14 476 случаях потребовалось посещение приемных отделений больниц, 3 115 пациентов были госпитализированы; 914 пострадавших остались инвалидами, у 224 развилась желтуха. Особенно пагубной оказалась комбинация вакцин против гемофильной палочки и гепатита В, легко и без лишних вопросов дозволенная каучуковыми «прививочными экспертами» в 1996 г. (вакцина HBHEPB): за 5 лет (1997–2002 гг.) поступили сообщения о 2 863 осложнениях, 123 из которых закончились смертью *(Yazbak E. F.* The Saga of Pediatric Hepatitis B Vaccination. From the Pink Sheets to the VAERS Reports. Материал представлен на сайте www.redflagsdaily.com).

380

Феномен молекулярной мимикрии, основанный на сходстве последовательности аминокислот малого поверхностного антигена вируса гепатита В (SHBsAg) и структур макроорганизма (основного белка миелина и гликопротеина олигодендроцитов миелина), позволяющий объяснить, каким образом генно-инженерные вакцины приводят к срыву иммунной толерантности организма и вызывают аутоиммунные болезни, сейчас активно изучается. Из самого последнего на эту тему см. *Bogdanos D.-P. et al.* A study of molecular mimicry and immunological cross-reactivity between hepatitis B surface antigen and myelin mimics. *Clinical amp; Developmental Immunology* Sept 2005; 12(3): 217–224, *Girard M.* Autoimmune hazards of hepatitis B vaccine. *Autoimmunity Reviews* 4 (2005); 96-100, *Faure E.* Multiple sclerosis and hepatitis B vaccination: could minute contamination of the vaccine by partial Hepatitis B virus polymerase play a role through molecular mimicry. *Med. Hypotheses* 2005; 65:509-20 и *Comenge Y., Girard M.* Multiple sclerosis and hepatitis B vaccination: Adding the credibility of molecular biology to an unusual level of clinical and epidemiological evidence. *Med. Hypotheses* 2006;.66:84-6.

381

Cohen A. D., Shoenfeld Y. Vaccine-induced autoimmunity. *J. Autoimmun.* Dec 1996; 9(6):699–703.

382

Moscowitz R. The Case Against Immunizations. *Journal of the American Institute of Home opathy* March 1983; 76:7. Перевод Н. Пелепец (Москва).

383

Зеленин А. В. Генная терапия на пороге третьего тысячелетия. *Вестник РАН,* 2001, т. 71, № 5. Цит. по: *Червонская Г. П.* Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 273.

384

Classen J. B. Diabetes epidemic follows hepatitis B immunization program. *New Zealand MedicalJournal* 1996; (109):195.

385

DeStefano F. The timing of hepatitis B immunization and risk of insulin dependent diabetes mellitus. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 1997(6):2-60.

386

Classen D. C, Classen J. B. The timing of pediatric immunization and the risk of insulin-de- pendent diabetes mellitus. *Infectious Diseases in Clinical Practice* 1997(6):449-54.

387

Сообщение *WebMD Medical News* от 13 июня 2000 г.

388

Эта ассоциация декларирует свою независимость от производителей лекарств и вакцин и от какого-либо государственного финансирования, чем, разумеется, не может похвас таться Американская медицинская ассоциация. Целью существования Американской ассоциации врачей и хирургов является, по ее собственному определению, «охрана святости взаимоотношений врач – пациент».

Всего лишь один пример: «Рекомбинантная вакцина «Энджерике В» отличается высокой степенью чистоты, поствакцинных осложнений не наблюдается, но возможны местные реакции в виде кратковременного повышения температуры, болевых ощущений и гипе ремии в месте введения вакцины. Для применения вакцины «Энджерике В» практически нет противопоказаний. *Вакцинации подлежат все дети, независимо от принадлежности их к группам здоровья»* (выделено мной. – *А. К.) {Учайкин В. Ф.* Вирусные…). Собирается ли сам В. Учайкин отвечать за последствия заявлений такого рода, заставляющих усомниться в том, что их писал человек в здравом рассудке? Или, как всегда, вакцинаторы при необходимости будут прибегать к описанным в главе «Поствакцинальные осложнения» трюкам? Вот свежий пример такого рода: «Предварительный диагноз «поствакцинальная реакция», поставленный 7 детям из Сургута после прививки против гепатита «Б», не был подтвержден, сообщила «Интерфаксу» в пятницу главный педиатр Сургута Татьяна Прохорова. По словам собеседника агентства, сразу после появления первых случаев реакции на прививку в Сургуте была создана комиссия, в которую вошли представители городского комитета по здравоохранению и департамента здравоохранения округа. «Согласно заключению комиссии: проявившиеся у детей симптомы не являются реакцией на вакцинацию. Кроме того, проведенное обследование детей показало, что у каждого из них наблюдались различные фоновые заболевания, в некоторых случаях носившие наследственный характер. Вакцинация способствовала более быстрому проявлению клинических симптомов, *которые у ребенка впоследствии все равно бы появились»,* – отметила Т. Прохорова (выделено мной. – *А. К.*) (Диагноз «поствакцинальная реакция» после прививки против гепатита «Б» у детей в Сургуте не подтвердился. Сообщение *Интерфакс* 21 октября 2005). Какой, однако, уверенный прогноз – «впоследствии все равно бы появились», и точка. Врачи лучше знают, что с ребенком случится в будущем, а поэтому они вправе определять его настоящее и не нести никакой ответственности за свои действия. Мне хотелось бы посмотреть на судебное заседание, на котором в полном соответствии с

господствующей концепцией прививочного алиби адвокат предложил бы освободить от ответственности своего клиента, обвиняемого в убийстве, аргументируя это тем, что жертва преступления все равно рано или поздно умерла бы.

390

Лакоткина Е. А. и др. Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и взрослых. СПб, 2000, с. 36.

391

Относительно возможного механизма связи прививки от гепатита В с синдромом Гийена-Барре см. *Khamaisi M. et al.* Guillain-Barre syndrome following hepatitis B vaccination. *Clinical and Experimental Rheumatology* 2004; 22:767–770.

392

Deisenhammer F. et al. Acute cerebellar ataxia after immunisation with recombinant hepatitis B vaccine. *ActaNeurol. Scand.* June 1994; 89(6):462-3.

393

Stratton K. Adverse… p. 9. См. также отдельную главу «Hepatitis B vaccine», pp. 211–235.

394

Antona D., Levy-Bruhl D. Epidemiology of hepatitis B in France at the end of the 20th century. *Medecine et Maladies Infectieuses* 2003; 33 (Suppl A):34–41.

395

Согласно данным уже упоминавшегося выше д-ра Язбака (см. прим. 34) всего за 12 лет было сообщено о 50 случаях рассеянного склероза, 113 – синдрома Гийена-Барре, 108 – миелита или энцефаломиелита, 67 – оптического неврита, 342 – различных параличей, 129 – атаксии, 51 – спутанности сознания, 32 – утраты слуха и 121 – аутизма.

396

См. *Boiko A. et al.* Early onset of multiple sclerosis. A longitudinal study. *Neurology* 2002; 59:1006-10, *Ghezzi A. et. al.* Multiple sclerosis in children: clinical features of 149 cases. *Mul- tiple sclerosis* 1997; 3:43-6, *Ruggieri M. et al.* Multiple sclerosis under 6 years of age. *Neurol- ogy* 1999(53):478-84, *Hamard И. et al.* Infantile acute optic neuritis. *Bulletin de VAcademie National de Medecine* 2000; 1984(7):1511-21.

397

Herndn M.A.et al. Recombinant hepatitis B vaccine and the risk of multiple sclerosis. *Neurol- ogy* 2004; 63:838–842.

398

Stratton K. Adverse… p. 229.

399

Пресса неоднократно сообщала, что ежегодные доходы компании «Мерк» от реализации одной только вакцины против гепатита В превышают 1 млрд долларов; всего же рынок этой вакцины на планете приносит ее производителям свыше 2 млрд. долларов в год.

Медики, естественно, имеют лучшее представление о прививках и их последствиях. Вот некоторые сведения, опубликованные в автореферате диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук А. Смирнова «Эпидемиологическое обоснование вакцинопрофилактики вирусного гепатита В в воинских коллективах» (СПб, 2001), выбравшего контингентом для своих опытов сотрудников Военно-медицинской академии. В автореферате сообщается: «При изучении причин отказов медицинских работников от введения вакцины установлено, что отказались от введения 1-ой дозы вакцины по разным причинам 610 человек. В среднем процент отказов по всем клиникам, участвующим в программе вакцинации, составил 21,6 %. Наиболее частой причиной отказа явилось опасение аллергических реакций – 73 случая (39,2 %). 24 респондента (12,9 %) ответили, что вакцинация не гарантирует защиту от гепатита В. 23 опрошенных (12,4 %) считали, что у них нет возможности заразиться гепатитом В. Недоверие к качеству вакцинного препарата высказали 20 человек (10,8 %). 18 сотрудников академии (9,7 %) указали на перенесенный гепатит В или на вакцинацию в прошлом. По мнению 15 медицинских работников (8,1 %) вакцинация вредна для здоровья, и 12 человек (6,5 %) указали другие причины». По данным других авторов, процент отказывающихся от «эффективной и безопасной» прививки против гепатита В еще выше: «…Имеет место высокая частота отказов от вакцинации медицинских работников тех профессий, которые сопряжены с наибольшим риском инфицирования… по предварительным данным 43 % списочного состава подлежащих вакцинации медиков отказались от прививок» *(Тайц Б. М.* Вакцинопрофилактика… с. 196). К сожалению, роскошью такого выбора не обладают ни насильно прививаемые младенцы, ни подростки, которых сгоняют на прививки в школьные медкабинеты.

401

Уже упоминавшемуся выше статистику Майклу Белкину был задан на слушаниях вопрос: «Почему Центр контроля заболеваний, Совещательный комитет по иммунизационной практике и «Мерк» говорят нам о 140 000–320 000 новых случаев инфицирования в год (70 000–160 000 случаев симптоматических инфекций в год), в то время как данные самого Центра контроля заболеваний демонстрируют лишь 10 000 случаев в год?». Белкин ответил так: «Они представляют оценочное, гипотетическое число как реальные случаи болезни. Это статистическое мошенничество. В финансовом мире такое искажение фактов привело бы к судебному преследованию. Если компания раздувает свои доходы до 300 % (как делает Центр контроля заболеваний со статистикой по заболеваемости гепатитом В) и подсовывает эти данные как официальные, а не как оценки-прикидки – ее деятельностью займется Комиссия по ценным бумагам и бирже, а держатели акций подадут иски в суд. Почему этого не происходит в медицинском мире? Над деятельностью самого Центра контроля заболеваний нет контроля. Нам не говорят, что это гипотетические, оценочные цифры, они искажают факты. Попробуйте тщательно проверить эти предполагаемые 320 000 новых случаев инфицирования в год. Вы их не найдете. Весь этот трюк был проделан лишь для того, чтобы раздуть общественную истерику по поводу болезни, риск заболеть которой низок, и позволить Центру контроля заболеваний усилить свое влияние, а «Мерку» увеличить свои доходы от продажи вакцин на 900 млн. долларов в год». Подобными ловкими трюками пользовались эксперты ВОЗ для оценки эпидемиологической ситуации по гепатиту В в Индии, навязывая очередной (при этом очень бедной) стране бессмысленную, вредную и разорительную прививочную кампанию. См. *PuliyelJ. M.* Plea to restore public funding for vaccine development. *Lancet* 2004(363):659.

402

Все использованные мною здесь данные были взяты с официального сайта Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ и из книги: *Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика…

403

Я специально обращаюсь здесь исключительно к заболеваемости гепатитами В и С, как к гораздо более надежному статистическому параметру, а не к числу выявленных носителей вирусов этих гепатитов. Во-первых, данные по носительству позволяют большее количество корыстных статистических манипуляций; во-вторых, отсталость и низкое качество российских тест-систем для гепатитов В и С вообще не вызывает доверия.

404

«ВОЗ *рекомендует* вакцинацию против гепатита В, начиная с 1997 г., *обязательно включать* в национальные календари профилактических прививок. Россия *выполнила эту рекомендацию* ВОЗ, что нашло отражение в приказе Минздрава Российской Федерации № 226/79 от 03.06.1997 «О проведении профилактических прививок против гепатита В» *(Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 98) (выделено мной. – *А. К.*). ВОЗовские рекомендации в России считаются подлежащими исполнению приказами?

405

Охват профилактическими прививками детей в Российской Федерации, 1997–2001. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. М., 2002.

406

Учайкин В. Ф. Научные и организационные приоритеты инфекционной патологии у детей. *Педиатрия,* 2003, 7, с. 6–10.

407

«Кровное дело» в России. *Медицинская газета,* 2005, № 69 от 7 сентября, с. 5.

408

Акимкин В. Г. Внутрибольничное инфицирование вирусами гепатитов В и С: эпидемиология и направления профилактики. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2004, 6, с. 13–17.

409

Материалы коллегии есть на официальном сайте Минздрава РФ.

410

В 2 раза снизилась заболеваемость гепатитом С в Вологде. Сообщение *Regnum.ru* от 28.11.2005.

411

О состоянии дел в некоторых медицинских учреждениях, призванных лечить больных ге патитами, может дать представление следующее сообщение: «Красноярский край. Закрыто инфекционное отделение БСМП. Главным врачом красноярского центра Госсанэпиднадзо- ра вынесено постановление о прекращении с 1 октября эксплуатации инфекционного отделения городской больницы скорой медицинской помощи. Как сообщает РИА «Пресс-Лайн», последний раз инфекционный корпус ремонтировался в 1994 году. Гигиеническое покрытие стен, потолков, оконных проемов, пола разрушено на 70 %. С последних дней августа не стирается белье. Кто-то из больных приносит свое, а кто-то спит без него. Халаты медики стирают в подсобке, а сушат между лестничными пролетами. Только 23,8 % постельных принадлежностей после выписки больных подвергаются камерной дезинфекции. В связи с тем, что эти нарушения санитарно-эпидемиологических требований увеличивают риск внутрибольничного заражения больных и персонала, и было вынесено данное постановление» (Сообщение *Regions.ru* от 02.10.2003). Картина, позорная даже для XIX века! Однако такие сообщения появляются в российских СМИ регулярно и никого не удивляют.

412

Батенева Т. Россиян готовят к вакцинации. *Известия. ру* от 10.01.2006.

413

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 175.

414

Webster R. G. et al. Interspecies transmission of influenza viruses. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* Oct 1995; 152:25–30.

415

Лишь в качестве одной из гипотез происхождения этой загадочной эпидемии приведу статью *Patrick J. Carroll* Vaccine not virus responsible for Spanish flu, опубликованную в *Irish Examiner* 1 мая 2003 г. В статье было заявлено, что настоящей причиной эпидемии явилась некая вакцина, которую получали находившиеся во Франции американские сол даты, страдавшие от побочных эффектов прививки против тифа (со слов автора, только в 1917 г. в американские армейские госпитали было помещено 19 608 человек, пострадав ших от этой прививки).

416

«Homeopathy in influenza – a chorus of fifty in harmony» by W. A. Dewey, M. D., University of Michigan. *JAIH* May 1921; p. 1083. Вкратце статья изложена в *Winston J.* Influenza-1918: Homeopathy to the Rescue. *The New England JournalofHomeopathy*1998; vol. 7, No 1. Копию статьи В. Девея мне прислал Джулиан Винстон из Тавы (Новая Зеландия), историк и популяризатор гомеопатии, автор замечательной книги «Лица гомеопатии. Иллюстрированная история первых двухсот лет» (Тава, 1999), скончавшийся 12 июня 2005 г. Пусть будет благословенна его память!

417

Roberts И. А. The Principles and Art of Cure by Homoeopathy, 1936.

418

1 гран равен 0,0647981 грамма. Таким образом, пациент принял около 6,48 граммов аспирина. Чтобы читатели не подумали, что речь здесь идет об исключительном случае, процитирую еще один пассаж из той же статьи: «Один из старших аптекарей Монреаля сказал д-ру Т. Мак-Кенну, что от гриппа умерло 900 человек. На вопрос, какие лекарства применялись, он ответил, что аспирин использовался чаще всех остальных лекарств вместе взятых. Предписывалось принимать одну таблетку в 5 гранов каждые 3 часа, но многие принимали по 10 гранов каждые три часа». Комментарии излишни.

419

Инфекционные болезни. Справочник для всех. СПб, 2000, с. 163.

420

Irving W. L. et al. Influenza virus infection in the second and third trimesters of pregnancy: a clinical and seroepidemiological study. *BJOG* Oct 2000; 107:1282-9.

421

Weigl J. A. et al. Influenza-associated hospitalizations in children in Germany. *Epidemiol. Infect.* Dec 2002; 129:525-33.

422

Nichol K. L. et al. Effectiveness of influenza vaccine in the elderly. *Gerontology* 1996; 42:274-9.

423

StarfieUB. Is US Health Really the Best in the World? *JAMA* July 26, 2000; 284(4):483-5.

424

Инфекционные… с. 161.

425

Spray vaccine for flu wins FDA clearance. *Washington Post* June 18, 2003, pg. AOL

426

Adler N. MedImmune awaits the $1 billion mark and a new flu drug. *The Business Gazette* Feb 7, 2003.

427

Несмотря на вложенные в девятинедельную рекламную кампанию под лозунгом «Кто заменит тебя, когда ты заболеешь гриппом?» 25 млн долларов, интереса публики, на который рассчитывали «Виет» и «МедИмьюн», новая вакцина не вызвала. Не помогло даже снижение цены с 70 до 25 долларов за дозу *(Pollack A.* Advertising: Nasal Spray Mishaps. *NY Times* November 19, 2003).

428

Комар В. И. и др. Водорастворимые витамины в инфекционной патологии Минск 1991 с. 15, 40.

429

При *очень плохо переносящейся температуре,* превысившей эту отметку, ныне аллопатами рекомендуется давать парацетамол (но не аспирин, из-за его связи с энцефалопатией, известной как синдром Рея).

430

В посвященной гриппу главе своего классического руководства профессор Тихооке- анского Ганемановекого медицинского колледжа в Калифорнии Самуэль Лилиенталь- (1815–1891) перечисляет 42 препарата, которые могут потребоваться для лечения *(Lili- enthal S.* Homeopathic Therapeutics, 1890, republ. Indian Books amp; Periodicals Publishers, pp. 616–620). Д-р Д. Шеперд также говорит: «Врач-гомеопат должен великолепно знать свою Материю медику со всеми ее лекарствами, чтобы он смог найти лекарство, точно соответствующее симптомам больного. Во внимание необходимо принять очень много факторов. Есть от 30 до 40 препаратов для лечения гриппа, и найти тот, который оборвет приступ лихорадки и позволит пациенту выздороветь без каких-либо осложнений в течение нескольких дней, крайне трудно» *(Shepherd D.* Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, pp. 51–52).

431

Agrawal Y. R. Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 27.

432

Иванив А. П. Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине. Одесса, 2002, с. 196. См. там же подробную информацию о гомеопатических гриппозных нозодах. Поскольку, вероятно, некоторые читатели захотят ознакомиться с этой книгой, а в широкую сеть продажи во многих городах СНГ и Балтии она не поступала, я отсылаю их непосредственно к д-ру А. П. Иваниву, с которым можно связаться посредством e-mail ivaniv@online.com.ua.

433

Для иллюстрации читателям, насколько можно доверять современному материалу, который считается научным, я приведу одно смехотворное «исследование», подготовленное для престижной медицинской базы данных «Кокрейн» (Cochrain) некоей парочкой из нью-йоркского Ракового центра Слоун-Кеттеринг (вероятно, успехи в лечении онкологических болезней там столь велики, что изнывающие от безделья сотрудники обратили свой пытливый взгляд на грипп и его «альтернативное» лечение). Авторы решили оценить эффект *Oscillococcinum.* Они отобрали семь опубликованных на эту тему исследований, пять из которых отбросили как неадекватные (или, добавлю от себя, не соответствующие заранее подготовленным выводам), а изучив два оставшихся (богатый материал!), пришли к следующим выводам. Авторы милостиво допустили, что помочь в лечении гриппа лекарство вообще-то немного может, но рекомендовать его рано, потому что нужны исследования с участием несравнимо большего числа пациентов (на которые, добавлю от себя, гомеопаты все равно никогда не будут выбрасывать деньги, поэтому и беспокоиться не о чем). Что же касается профилактики, то «имеющиеся свидетельства не говорят в пользу профилактического эффекта гомеопатии при гриппе и гриппоподобных синдромах» (*Vickers A. J., Smith C.* Homoeopathic Oscillococcinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes. *The Cochrane Library* Issue 4, 2003. Chichester, UK). На это я позволю себе сказать следующее. Во-первых, безапелляционный вывод относительно эффективности целого терапевтического направления очень мало согласуется с поставленной самими авторами крайне скромной задачей – исследовать результаты отчетов об испытании одного лекарства. Во-вторых, *Oscillococcinum,* как я указал, является изопатическим лекарством (то есть созданным по принципу *тождественности),* а не гомеопатическим (созданным по принципу *подобия).* Апофеозом невежества авторов, никогда не открывавших ни одного учебника гомеопатии, стала записанная ими в абстракте статьи характеристика *Oscillococcinum* как лекарства, произведенного по принципу «подобное лечит подобное». Многие, если не все материалы «независимых» (в первую очередь от знакомства с минимально

необходимыми для таких исследований сведениями) авторов, берущихся оценивать гомеопатию, грешат такими нелепостями.

434

Благодарю д-ра Александра Мартенса (Москва), оказавшего любезную помощь в получении этой информации.

435

ShepherdD. Homeopathy… p. 54.

436

Kandel R., Hartshorn K. L. Prophylaxis and treatment of influenza virus infection. *BioDrugs* 2001; 15:303-23.

437

Josling P. Preventing the common cold with a garlic supplement: a double-blind, placebo-controlled survey. *Advances in Therapy* July/August 2001; 18 (4): 189–193.

438

Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 175–176.

439

Там же, с. 177.

440

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 177–178.

441

Там же, с. 178.

442

Эта удачная коммерческая идея пришлась по душе и в России: «Для защиты детей первых 6 мес. жизни предлагается вакцинировать все его (? – *А. К.*) окружение». Там же, с. 180.

443

Показательно, что на сроке до 14 недель прививка не рекомендована из-за возможности… случайного совпадения с выкидышем! Остается только развести руками: что не выдумают, беспокоясь о репутации вакцин, а не о здоровье людей!

444

Influenza virus vaccine Fluzone®, 2002–2003 Formula, p. 3.

445

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 178.

446

Закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» № 157-ФЗ, утвержден президентом РФ 17 сентября 1998 г., ст. 11, п. 2. См. «Приложения».

447

Scheifele D. W. et al. Evaluation of Adverse Events after Influenza Vaccination in Hospital Personnel. *Canadian Medical Association Journal* 1990; 142(2):127–130.

448

Напомню, что «великая белая чума», эпидемия 1918–1920 гг., также началась в военном лагере, и также среди предварительно многократно привитых от разных болезней. Из недавних результатов армейских вакцинаций: прививки от сибирской язвы отправили в госпитали с 1998 по 2000 г. 20 765 военнослужащих США, причем у троих развился боковой амиотрофический склероз, от которого они скончались. Прививочное начальство считает, что связи между прививками и болезнями нет. Речь, как всегда, идет всего лишь о совпадении *(Evans B.* An incomplete picture. *Daily Press – Virginia,* December 4, 2005). Аналогичным совпадением объясняют необычайно высокое число вышедших в отставку военнослужащих из Форт Детрик (Мэриленд), у которых после многочисленных прививок, в том числе и от сибирской язвы, связанных с их работой в лаборатории по изучению биологического оружия, была обнаружена т. н. моноклональная гаммопатия неясного значения (MGUS), предшествующая развитию множественной миеломы, редкого вида рака. Некоторые специалисты указывают на сквален, входящий в состав вакцины от сибирской язвы, как на возможную причину болезни. Известный иммунолог Жюль Фрейд (1890–1960), экспериментировавший в середине прошлого века со скваленом в составе вакцин и вводивший их себе, скончался от множественной миеломы. Та же судьба постигла некоторых других ученых, инъецировавших себе сквален. Исследования в этой области, обещающие немало неприятных сюрпризов, правительство США финансировать отказывается *(Evans B.* Sailor links rare cancer diagnosis to anthrax shot. *DailyPress – Virginia,* December 10, 2005). Вероятно, вносят свою лепту в заболеваемость прививки и в российской армии. Вот несколько примеров: «…На днях в диспансер было госпитализировано 13 солдат срочной службы Сыктывкарской войсковой части № 5134. Все пациенты прибыли в полк из гарнизонов Архангельской области. По уточненному диагнозу, солдатам была сделана противотуберкулезная внутрикожная инъекция вакцины БЦЖ в неположенном месте (предплечье)» (сообщение *Regions.ru*от 5 марта 2004 г.). «Ровно год назад ЧП произошло в воинской части 723330 Сев. – Кавказского военного округа. В результате загадочной

эпидемии пневмонии один солдат погиб и 272 были госпитализированы. Все они… только что призвались. По одним сведениям, солдаты простудились, когда распаренными выбегали из бани и ехали в открытом грузовике. Однако после того как среди заболевших обнаружилось много таких, кто в баню не ходил, появилась другая версия: пневмония стала следствием некоей вакцинации. Солдаты сообщили, что им сделали три укола, каких именно – до сих пор тайна следствия. Через несколько дней у ребят появились боли в боку, кашель, высокая температура. Заболевшим давали таблетки, от которых лучше не становилось…» *(Известия,* 20 января 2004 г.). Забитость и полное бесправие солдат, а также столь необходимая для прививочных экспериментов полная бесконтрольность всегда как магнитом притягивали вакцинаторов в вооруженные силы. Что ни «крупное полевое испытание новой вакцины» в России, то воинская часть или детдом, если речь идет о детских прививках. По тем же самым причинам вакцины западных компаний испытываются в странах третьего мира, обычно в Латинской Америке.

449

Интересно было бы узнать о деталях работы этого комитета, ибо Джонас Солк и Альберт Сэбин, как известно, совершенно искренне ненавидели друг друга: каждый считал именно себя главным (в крайнем случае, вторым после Дженнера или третьим после него и Пастера) спасителем. Д-р Рассел Александер, профессор кафедры общественного здравоохранения Вашингтонского университета, высказавший сомнения по поводу безопасности вакцины и призвавший к «здоровому консерватизму в отношении введения в организм чужеродного материала… особенно, когда речь идет о двухстах миллионах организмов», тем более в отношении мероприятия, уже успевшего с позором провалиться в 1957 и 1968 гг., в комитет приглашен не был.

450

McBean E. Swine Flu Exposure, 1977.

451

В итоге было возбуждено свыше 1000 исков по синдрому Гийена-Барре и 304 иска по смертям после прививок от свиного гриппа *(Gaskins R.* Equity in Compensation: The Case of the Swine Flu. *The Hastings Center Report* 1980, 10, 1, 5f. Цит. по: *Diodati C. J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 137, n. 50).

452

Несмотря на безмерное уважение к своему президенту, все сотрудники Белого дома (за исключением пресс-секретаря) наотрез отказались последовать его примеру. Д-р Арчи Калокеринос, имя которого я еще буду упоминать в этой книге (см. главу о кори), заявил тогда о своей уверенности, что все было лишь ловкой инсценировкой: Форд на деле получил «пустую» прививку, а не прививку от гриппа. Никто не осмелился бы поставить здоровье президента США под угрозу, тем более что истинную цену безопасности вакцины те, кто должны были это знать, и в самом деле прекрасно знали. Недавно в одном российском крикливом вечернем телевизионном шоу слово было дано противникам прививок. Хотя из шума и галдежа передачи вряд ли можно было вынести что-то ясное, медицинские власти тем не менее отреагировали немедленно: через пару дней в передаче «Здоровье» было объяснено, что сам ведущий вышеупомянутого шоу прививается от гриппа ежегодно, а несколько популярных телеведущих получили прямо перед телекамерами, подобно Форду, прививку. Что же, ничего удивительного – люди честно отрабатывают свой хлеб. Еще раньше личный телепример подал главный санитарный врач РФ Г. Онищенко.

453

Во время разбирательств по делу Морриса выяснилось, что администрация Отделения биостандартов откровенно «прессинговала» всех ученых, которые отказывались подписывать лживые прививочные заготовки, так что многие честные специалисты вынуждены были покинуть эту организацию. Не гнушалась она и прямыми подлогами. Несмотря на то, что д-р Каспер Хайят забраковал три серии гриппозной вакцины (производитель не представил никаких свидетельств отсутствия в вакцине следов металлов), все они были разрешены к использованию. Д-р Б. Янг обнаружил инфицирование вирусом герпеса почек собаки, на которых планировалось выращивать краснушные вирусы. Руководство Отделения отказалось изучать эту проблему. Оба ученых были вынуждены покинуть Отделение (См. *Science* March 1972, p. 1227). В 1969 г. эпидемиологический комитет (Epi-demilogical Board) армии США обнаружил, что некоторые серии тифозной вакцины, проверенные и одобренные Отделением, *вообще* не вызывают образования антител.

454

При этом выводы Морриса и уроки провала этой кампании были все же учтены на будущее. Когда в 1988 г. от свиного гриппа скончалась 32-летняя жительница Висконсина, никто более и не заикался о массовом прививании. Было лишь сухо отмечено, что «передачи этого вируса от человека к человеку не происходит» (Leads from the MMWR. Human infection with swine influenza virus – Wisconsin. *JAMA* 1988; 260(21):3116).

455

CoulterH. L., FisherB. L. A Shot in the Dark. NY, 1991, p. 166–167.

456

Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, pp. 196–198.

457

Geier M. R. et al. Influenza vaccination and Guillain Barre syndrome small star, filled. *Clin. Immunol.* May 2003; 107(2):116-21.

458

Ehrengut W., Allerdist H. Uber neurologische Komplikationen nach der Influenzaschutzimp- fung. *Munch, med. Wschr.* 1977 (119):705710, *Woods C.A., Ellison G. W.* Encephalopathy follow ing Influenza Immunization. *J. Pediatr.* 1964, 65(5):745-8, *Warren W. R.* Encephalopathy due to Influenza Vaccine. *AMA Archives of Internal Medicine* 1956, 97:803.

459

Hennessen W. et al. Neurologische Affektionen nach Influenza-Impfung. *Der Nervenarzt* 1978 (49):90–96, *Yahr M.D., Lobo-Antunes J.* Relapsing Encephalomyelitis Following the Use of Influenza. *Vaccine Arch. Neurol*. 1972 (27):182-3.

460

FudenbergH. Hazards of Vaccine 1 amp; 2. *lnternat. J. Clin. Invest.* 2000, 1.

461

Hennessen W. et al. Neurologische…

462

Ibid., S. 179.

463

Beyer W.E.P. et al. Influenza-epidemie in een verpleeghuis door een virus dat niet in het vac- cin was opgenomen. *Ned. Tijdschr. Geneeskd.* 1993; 137/39:1973-7.

464

Palache A.M. Influenza subunit vaccine – ten years experience. *Eur. J. Clin. Res.* 1992; 3:117-38.

465

Из доклада д-ра Ямамото «Почему правительство Японии должно было прекратить обязательные прививки. Точка зрения педиатра», представленного на конференции «Должны ли прививки быть обязательными или свободными?», которая состоялась в Неаполе 31 мая – 1 июня 1997 г.

466

Demicheli V. et ah Prevention and Early Treatment of Influenza in Healthy Adults. *Vaccine* 2000; 18:957-1030.

467

Bridges C. B. et al. Effectiveness and Cost-Benefit of Influenza Vaccination of Healthy Work ing Adults. *JAMA* 2000, 284(13): 1655–1663.

468

Сельцовский А. П. и др. Зима без гриппа. Вакцинация – основной метод борьбы с гриппом. *Медицина для всех,* 1999; 3(14). Под стать российскому испанский опыт: на фоне массовой гриппопрививочной кампании заболеваемость населения гриппом выросла… на 400 %. См. *Joet F. et al.* Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals. *Medical Veritas* 2005, 2:1-37.

469

Сельцовский А. П. Зима…

470

От греческого «дифтера» – кожа, оболочка. Название дано французским врачом и ис следователем Пьером Бретанно (1778–1862).

471

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 112. И вновь столь полюбившееся авторам слово «поголовный»…

472

См. *Nakamura A.* A historical survey of diphtheria in Europe, China and Japan. Part 1: ancient and medieval age. *Nippon hhigaku Zasshi* Sept 1995; 41:369-94.

473

«…Не менее 90 % заболеваний дифтерией связаны с инфицированием от «здоровых» носителей возбудителя дифтерии» (Инфекционные болезни. Справочник для всех. СПб, 2000, с. 177).

474

Сиземова Г. А. и др. Дифтерия. Кемерово, 1971, с. 50.

475

Самарина Н. В., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, М., 2000, с. 41.

476

Довольно распространенным, но от того не менее ошибочным является словосочетание «дифтерия зева». Зев – это всего лишь пространство или отверстие между полостью рта и глоткой, а в пустоте, понятно, никакой болезни быть не может.

477

Тимченко В. Н. и др. Все о детских прививках. СПб, 2003, с. 43.

478

Gaskill H. S., Korb M. Occurrence of multiple neuritis in cases of cutaneous diphtheria. *Arc. Neur. Psychiatry* 1946; 55:449–572.

479

Logina I, Donaghy M. Diphtheritic polyneuropathy: a clinical study and comparison with Guillain-Barre syndrome. *J. Neurol. Neursurg. Psychiatry* 1999; 67:443–448.

480

Самарина Н. В. Детские… с. 45.

481

См., например, *Инфекционные…* с. 178.

482

«Иммунитет после дифтерии нестойкий. Возможны повторные случаи заражения. Ан титоксический иммунитет, возникающий после вакцинации дифтерийным анатоксином, не предотвращает заражения». См. прим. 6.

483

Brainerd H., Bruyn H. B. Diphtheria: the present day problem. *California Medicine* 1951; 75:290-5 и *Naiditch M. J., Bower M. G.* A study of 1,433 cases observed during a ten-year period at the Los Angeles County Hospital. *Am. J. Med.* 1954; 17:229-45. Уже к 1902 г. было однозначно установлено: «Одна атака дифтерии не дает длительной защиты перед следу ющей атакой. Известно, что даже в период выздоровления пациент может заболеть этой же болезнью снова, и так может повторяться не один раз». *Quain* Dictionary of Medicine (1902 ed.), цит. по: *Shelton H. M.* Vaccine and Serum Evils, 1960.

484

GibbardJ. et al. Diphtheria in the immunized. *Can. J. Public Health* 1945; 36:188–191, *Grant J.* Clinical evaluation of diphtheria prophylaxis. *Lancet* 1945; 1:46-8, *Naiditch M. J.* A study… В Чикаго во время вспышки дифтерии в 1969 г. решили проверить всех заболевших. Вы яснилось, что 25 % были полностью, согласно всем требованиям, привиты, а у 12 % при витых «неполно» антитела имелись в титре, превышающем «защитный» *(Mendelsohn R.* The truth about immunization. *The People's Doctor* April 1978, p. 1).

485

Согласно данным таблицы, приведенной в статье *Galazka A., Tomaszuna-Blaszczyk J.* Why do adults contract diphtheria? *Eurosurveillance* 1997; 2:8–9.

486

Diodati C J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 137, n. 50.

487

Lumio J. Studies of the epidemiology and clinical characteristics of diphtheria during the Rus sian epidemic of the 1990s. Academic dissertation, University of Tampere, 2003, pp. 49–50.

488

Naiditch M. J. A study…

489

Так, пневмония стала причиной смерти 69 из 139 летальных исходов, связанных с дифтерией, за 10 лет в 1940-х гг. в окружном госпитале Лос-Анджелеса *(Naiditch M. J.* A study…).

490

Lumio J. Studies… p. 53.

491

RakhmanovaA. G. et al. Diphtheria outbreak in St. Petersburg: clinical characteristics of 1860 adult patients. *Scand. J. Infect. Dis.* 1996; 28:37–40. Или: «Лица, злоупотребляющие алко голем, составляют 14 % из числа больных с легкими формами дифтерии и 72 % больных с тяжелыми формами дифтерии» *(Чен Р.* Эпидемия дифтерии в Европе. Отчет о совещании ВОЗ // Совещание по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург, 5–7 июля 1993 г. СПб, 1993, с. 156).

492

Кадырова С. Н. Особенности дифтерийной инфекции взрослых в современных усло виях. СПб, 1997, с. 8.

493

Vitek C, *Wharton M.* Diphtheria in the former Soviet Union – re-emergence of a pandemic disease. WHO meeting July 1993; EUR/ICP/EPI 038 Rev 1.

494

Lumio J. Studies… p. 48.

495

Очень интересная статья была опубликована в 1931 г. Ее автор нашел, что люди, имеющие II (A) группу крови, не способны к созданию антитоксического иммунитета к дифтерийному токсину после перенесенной болезни. Цит. по *Scheibner V.* Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 149. Для полиомиелита аналогичное исследование показало, что максимальную способность (80 %) к нейтрализации вируса полиомиелита продемонстрировали люди с III (B) группой крови, в то время как та же способность имеющих I (O) и II (A) оказалась равной лишь 50 %, то есть меньшей на 30 % *(Jungeblut C. W., Engle E. T.* Resistance to poliomyelitis. The relative importance of physiologic and immunologic factors. *JAMA* 1932; 99(25):2091–2097). Такие исследования лишний раз показывают, что генетические различия людей делают массовые прививочные кампании в лучшем случае бессмысленными.

496

Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 232.

497

Галимзянов Х. М. и др. Дифтерия (региональные аспекты). Астрахань, 2001, с. 5, 107.

498

Collins S. D. Diphtheria incidence and trends in relation to artificial immunization, with some comparative data for scarlet fever. *Publ. Health Rep.* 1946; 6:203-40 Для сравнения: «Обширная статистика прошлых лет ярко свидетельствует о том, что заболеваемость, летальность и смертность от дифтерии всегда были выше среди детей неимущих слоев населения. Это явление наблюдается и в настоящее время не только в отсталых полуколониальных, но и в развитых капиталистических странах. Так, в Южно-Африканском Союзе заболеваемость дифтерией была в 30 раз выше, чем в Англии. Заболеваемость дифтерией в Алжире в 1958 г. была в 12 раз выше, чем во Франции. В США заболева- емость дифтерией среди негритянского населения во всех возрастных группах в 6 раз выше, чем у белых» *(Сиземова Г. А.* Дифтерия, с. 21).

499

Joel F. et al. Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals. *Medical Veritas* 2005, 2:1-37.

500

Bradford T. L. The Logic of Figures. 1900, p. 179. Бредфорд ссылается на д-ра Брауна из Бингхэмптона, опубликовавшего эту статистику в *Trans*. *NY Hom*. *Med*. *(State)* vol. iii, p. 149. Благодарю Френсиса Тройхерца (Лондон), любезно приславшего мне ксерокопию нужных страниц этой редкой книги.

501

Примерно та же картина (40–50 % при отсутствии лечения и до 70–80 % смертности при аллопатическом лечении) была отмечена и во время эпидемий холеры.

502

Гомеопатическое лечение и профилактика дифтерита доктора медицины К. фон Вил лерса. СПб, 1892 // Предупреждение и лечение болезней гомеопатическими средствами. Из архива Санкт-Петербургской гомеопатической поликлиники. СПб, 1994, с. 46. Спасенный мальчик, Александр фон Виллерс (1857–1904), впоследствии стал достаточно из вестным гомеопатом и редактором крупного немецкого гомеопатического ежегодника.

503

В одной из своих статей д-р фон Дитман писал о впечатлениях своего детства, связан ных с дифтерией и в некоторой степени предопределивших его будущий выбор в пользу гомеопатии: «В нашей семье было двое маленьких детей, меньшая сестра моя пяти лет и младший брат двух лет. Заболела сестра в воскресенье 16 октября. Появился небольшой жар, головная боль, ребенок побледнел, неохотно принимал пищу, но еще не жаловался на горло. Все думали, что это незначительная простуда. К вечеру жар усилился, ночь была очень беспокойна, на другой день была заметна опухоль околоушных и шейных желез и ребенок начал жаловаться на боль при глотании. Послали за доктором. При первом же визите, осмотрев горло несчастного ребенка, доктор категорически объявил, что это «дифтерит», и что никакой надежды на выздоровление нет, а остается только ждать в близком будущем неминуемой смерти маленькой пациентки. Бросились за другим аллопатом. Тот приехал, осмотрел ребенка, пожал плечами и сказал, что ничего сделать не может. Тем не менее, он назначил внутрь микстуру с соляной кислотою, а снаружи кантаридную мазь, которая в несколько часов превратила всю поверхность шеи несчастной девочки в одну громадную язву. Прижигания адским камнем, которые врач пытался производить при каждом визите, к счастью не удались, так как, несмотря на все старания, ребенок не мог достаточно открыть рта. Весь дом был объят ужасом. Ужас этот удвоился, когда на другой день утром заметили, что и маленькому двухлетнему мальчику нездоровится. Тотчас поскакали за доктором. Тот опять приехал и сразу порешил, что и у этого дифтерит, и что спасения никакого нет. В среду 19, утром в 8 часов, маленький скончался после 24-часовой болезни, а к вечеру умерла и девочка в страшных страданиях. Долго я не мог оправиться от подавляющего впечатления этого ужасного события. Неужели, думал я, медицинская наука так бессильна? Вымирает половина будущего поколения, и медицина не знает ничего, ничем не может помочь! И, наконец, если уже нет никакого спасения, зачем же так варварски мучить и истязать больного ребенка? Зачем эти мушки и проч., которые еще увеличивают страдания, не принося ни малейшей пользы?» *Дитман В. А.* Почему я

сделался гомеопатом. Письмо в редакцию журнала «Русская речь». СПб, 1881.

504

Бразоль Л. Е. Д-р В. А. фон Дитман. *Врач-гомеопат,* 1904, 8–9, с. 358–362. Об этой истории см. также *Трифоновский Д. С.* По поводу нападок на учреждение больницы для лечения дифтеритных больных гомеопатией. М, 1883.

505

Журнальное постановление Медицинского совета 7-го декабря 1882 года, № 457. *Правительственный вестник,* 1882, № 283.

506

Федоровский Н. О безусловном вреде прививок. *Врач-гомеопат,* 1907, 7–9, с. 234–252.

507

Цит. по: *James W.* Immunization: The Reality Behind the Myth. 1988, pp. 116–117.

508

Harde E., Phillippe M. M. Observations on the Antigenic Activities of Combined Diphtheria Toxin and Vitamin C *Comptes Rendus Hebdomedaires des Seances de L'Academie des Sci ences* 1934; 199:738–739, *Jungeblut C L., Zwemer R. L.* Inactivation of Diphtheria Toxin in Vivo and in Vitro by Crystalline Vitamin C (Ascorbic Acid). *Proceed Soc. Exp. Biol. Med.* 1935; 32:1229–1234, *Sigal A., King C G.* The Influence of Vitamin C Deficiency upon the Re sistance of Guinea Pigs to Diphtheria Toxin. *J. Pharm. Exp. Therap.* 1937; 61:1–9, *Kligler I. J. et al.* Effect of Ascorbic Acid on Toxin Production of C Diphtheriae in Culture Media. *J. Path. Bac.* (London) 1937; 45:414–429. Благодарю Хилари Батлер (Новая Зеландия), обратившую мое внимание на эти публикации. Интересно, что в первой из них авторы указывают, что необыкновенная устойчивость мышей к воздействию дифтерийного токсина может объясняться их способностью синтезировать собственную аскорбиновую кислоту, в то время как морские свинки и человек этой способности лишены.

509

Klenner F. R. The black widow spider. *Tri-State Medical Journal* Dec 1957. На положитель ный эффект витаминотерапии, а также гипербарической оксигенации указывалось и во время последней эпидемии дифтерии в России. См. *Lumio J.* Studies… p. 54. К сожалению, детали были автором опущены.

510

Klenner F. R. Observations On the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Em ployed Beyond the Range of A Vitamin In Human. Pathology *J. Appl. Nutr.* Winter 1971; vol. 23, no's 3 amp; 4.

511

Эсиава О. П. Значение витамина С при специфической профилактике дифтерии. Авто реферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Тбилиси, 1964, с. 5.

512

Гаккебуш И. В. Обмен витамина «С» при дифтерии и лечение токсической дифтерии витамином «С» // Ленинградская городская конференция эпидемиологов, микробиологов и лечащих врачей. Вопросы борьбы с дифтерией. Тезисы докладов. 20–22 октября 1940 г. Л., 1940, с. 14–16.

513

Подробнее о гомеопатических нозодах для лечения дифтерии и ее осложнений см. главу «Diphtherinum, Diphtherotoxinum, Diphthericum – нозоды дифтерии» книги: *Иванив А. П.* Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине. Одесса, 2002, с. 152–159.

514

В своем классическом руководстве проф. С. Лилиенталь описывает 55 препаратов, которые могут потребоваться при лечении дифтерии. См. *Lilienthal S.* Homeopathic Thera- peutics. 1890, republ. Indian Books amp; Periodicals Publishers, pp. 317–324.

515

ShepherdD. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, pp. 28–29.

516

Гомеопатическое лечение… с. 52. Там же д-р фон Виллерс поместил следующие данные: при лечении низкими, десятичными разведениями цианистой ртути продолжительность болезни не сокращалась и смертность достигала 28 % (что, тем не менее, было ниже результатов обычного аллопатического лечения), но при лечении тем же препаратом в 30-м сотенном разведении она равнялась лишь 0,666 % (с. 53).

517

Уже при Советской власти, когда гомеопатам было запрещено лечить острые инфекциионные болезни, исследования, проведенные в 1930-х гг. в ЛОР-клинике Ленинградского отделения Всесоюзного Института экспериментальной медицины (ВИЭМ), показали высокий эффект воздействия *Mercurius cyanatus* на токсические штаммы коринебактерий. «Цианистая ртуть и змеиный яд, имеющие определенный тропизм к слизистой носоглотки и миндалинам, успешно примененные в микродозе при дифтерии, должны быть наиболее подходящими средствами также при борьбе с дифтерийным бациллоношением… Это предположение оправдалось на опыте, поставленном в отоларингологическом институте, проведенном врачом-бактериологом О. Ю. Локоткиной (диссертация на тему «О влиянии малых доз некоторых лекарственных веществ на флору ЛОР-органов» защищена в 1937 г. в ГИДУ Ве)». *(Габрилович Н. Е.* О возможности эффективной борьбы с дифтерийным бациллоношением // Ленинградская… с. 37–39). И это исследование не вызвало ни малейшего интереса, хотя «особую опасность представляют бактерионосители, вакцинация дифтерийным анатоксином в этом случае оказывается малоэффективной». *(Медуницын Н. В.* Вакцинология. М., 1999, с. 139).

518

McBean E. The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination. 1957.

519

Lancet February 25, 1928; p. 416.

520

Annual Report for Edinburgh 1927.

521

BMJ October 31, 1936; p. 69.

522

Сиземова Г. А. Дифтерия, с. 45–47.

523

См., например, *Golden I.* Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998, p. 79.

524

Hartley P. et al. A Study of Diphtheria in Two Areas of Great Britain. British Medical Council. London, May 1950, Report No. 272. Подробнее о деталях исследования см. *BayleyB. M.* The Story of the Salk Anti-Poliomyelitis Vaccine, 1956; перепечатано в *Chaitow L.* Vaccination and Immunization: Dangers, Delusions and Alternatives. England, Rev. ed. 1998, pp. 48–50.

525

Моисеева А., Мариевский В. Эпидемия дифтерии на Украине // Совещание… с. 33.

526

Реймер А., Курмангалиева А. Заболевание дифтерией в Казахстане. Там же, с. 54. Внимание действительно уделили: на фоне бесконечных скандалов вокруг прививок, которые в последнее время в Казахстане систематически калечат детей (см. главу о туберкулезе), с 2005 г. вакцинация в Казахстане… стала обязательной!

527

Люткина И., Лешкевич Р. Массовая иммунизация против дифтерии в Москве: опыт и проблемы. Там же, с. 66.

528

Червонская Г. П. Мифы и правда о прививках // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994 и *Червонская Г. П.* Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 60–61.

529

ОблапенкоГ., Галазка А. Дифтерия в Европе в 1985–1992 гг. // Совещание… с. 14.

530

Тайц Б. М., Рахманова А. Г. Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 138.

531

Фаворова Л. А. и др. Дифтерия. М., 1988, с. 55.

532

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 112. «Беспрецедентной» никогда не существовавшую кампанию по непрививанию в СССР могли назвать только люди, ни в малейшей степени не знакомые с историей борьбы против прививочного насилия в разных странах. Надеюсь, что моя книга поможет им ликвидировать этот пробел в образовании.

533

Садовникова В. И., Жилина Н. Я. Массовая иммунизация // Совещание… с. 59.

534

ГАРФ, фонд № 8009, описи №№ 50 (дела №№ 678 и 3977) и 51 (дела М» 1075, 1591-2, 2147-8,3362,4119-20).

535

Покровский В. И. Эволюция… с. 229.

536

Там же, с. 230. Авторы, почувствовавшие, что эти сведения могут быть «неправильно» истолкованы, поспешили добавить: «Тем не менее, прививки оказали существенное влияние на уровень заболеваемости и тяжесть течения дифтерии. Показатели заболева- емости в 80-е годы были ниже в 1180 раз, а смертность – в 6000 по сравнению с началом века (1906–1910)». (Там же). Жаль, что они не сравнили заболеваемость дифтерией и смертность от нее в конце XX в. с таковыми в 60-х гг. XIX в., а лучше всего – с данными XVI в., когда в Европе впервые была детально описана эта болезнь. Были бы получены, несомненно, еще более впечатляющие цифры «в пользу прививок».

537

Монисов А., Ваганов Н. Дифтерия в России // Совещание… с. 25.

538

Упоминается снижение с 40–50 % до 5-10 %. См. *Naiditch M.* A study…

539

Именно на это как на возможную причину снижения смертности указывается в *Sing er C, Underwood E. A.* The short history of medicine. 2nd ed., Oxford, 1962, pp. 434-5.

540

Bayley B. M. The «Schick» inoculation for immunization against diphtheria. An Exposure of its Dangers and Fallacies. 1939. Для иллюстрации: «Если при сыворотке наблюдается меньший процент смертности, чем при прежнем лечении, то это результат лишь меньшей убийственности сывороточного яда, чем ядов прежнего лечения. Толковать же эту меньшую степень отравляющего действия сыворотки, как действие целебное и благодетельное, это значит умышленно извращать истину, умышленно совершать преступление». *Федоровский Н.* О безусловном… А вот что пишут современные российские авторы: «Применение высоких доз ПДС не только не сокращает сроки лечения больных, но и, наоборот, может провоцировать развитие осложнений… В результате отказа от использования высоких доз ПДС (суммарная доза ПДС при токсических формах дифтерии с 1993 по 1997 г. снизилась с 400 тыс. до 100 тыс. ЕД) количество специфических осложнений уменьшилось в 3 раза, в том числе миокардитов – в 4,5 раза» *(Бондаренко А. Л. и др.* Клинико-эпидемио-логические особенности дифтерии в Кировской области. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2000,2, 26–29). Объяснения этим фактам в статье дать не пытались. Современная наука считает, что избыток сыворотки препятствует выработке антитоксина.

541

Journal of the Michigan State Medical Society Aug. 1928. Цит. по: *Shelton H.* Vaccine… Там же Шелтон цитирует Вильяма Питерса, директора службы здравоохранения в Цинцин нати, советующего медикам, потерявшим немалый доход от фактической ликвидации тифа в штате вследствие очистки воды (отчего же не с помощью прививок?), «идти в народ» – шире практиковать «профилактические» проверки дошкольников и школьников. Результатом этого будут дополнительные прививки, удаленные миндалины, вырванные зубы и пр., что увеличит доходы врачей, хирургов и дантистов.

542

«Люди могут быть носителями вирулентных возбудителей дифтерии в своем горле, демонстрировать положительный тест Шика, и при этом не выказывать никаких признаков болезни. Более того – даже исследование крови может не показать определяемых количеств антитоксина» (The Swab in Diphtheria. *Medical Echo* October 1936; vol. 14, 55:56).

543

«Следует отметить, что уровень антитоксического иммунитета после введения дифтерийного анатоксина значительно ниже по сравнению с естественным иммунитетом, который формируется после перенесенного заболевания» *(Медуницын Н. В.* Вакцинология, с. 139). Куда же еще ниже, когда и после перенесенного заболевания он непрочен? Это точно подметил южноамериканский врач Л. Гарсиа, еще в 1929 г. написавший: «Все врачи видят случаи повторной дифтерии, а потому трудно поверить, что тот иммунитет, который не может дать природная дифтерия, даст прививка» *(Arch. Latino-Amer. De Pediatria* January 1929).

544

WHO/UNISEF Strategy for diphtheria control in NIS. Copenhagen, 1995, CMDS01, MT04. Цит. по: *Lumio J.* Studies… p. 61.

545

Efstratiou A., George R. C Microbiology and epidemiology of diphtheria. *Rev. Med. Micro- biol.* 1996; 7:31–42.

546

Поволоцкий Я. Л., Мещенко В. М. Материалы по эпидемиологии и специфической профилактике дифтерии в Закарпатской области. // Дифтерия. Сборник… с. 59.

547

«Записка об оспопрививании и о значении статистики оспопрививания, представленная в Медицинский совет заведовавшим оспопрививанием в Петербурге совещательным членом Медицинского совета, доктором медицины В. С. Снигиревым, по случаю предполагаемого введения оспопрививания в Империи». *Правительственный вестник,* 29.11.1875, № 267.

548

Справедливости ради отмечу, что не сильно афишировавшиеся подозрения относительно истинной эффективности прививок при их реальном испытании плохими условиями жизни были и раньше. От дифтерии, несмотря на все сделанные по полной программе прививки, тяжело страдали американские солдаты в годы Второй мировой войны.

549

См., например, *van Geldermalsen Л. A., Wenning U.* A diphtheria epidemic in Lesotho, 1989. Did vaccination increase the population's susceptibility? *Ann. Trop. Paediatr.* 1993; 13:13–19.

550

Врачи Одесской городской инфекционной больницы, обобщившие статистику пациентов, лечившихся у них в 1992-98 гг., сообщают, что из более чем тысячи больных дифтерией… только 219 (21 %) составили дети в возрасте до 10 лет, и еще 5 % – в возрасте 10–14 лет. Все остальные были лица более старшего возраста. Для сравнения укажем, что в начале XX столетия (1896–1905) на долю взрослых приходилось всего 4,5 % *(Васильев К. Г., Савчук А. И.* Эпидемия дифтерии среди взрослых. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2003, 2, с. 6–9).

551

Носов С. Д. Инфекционные болезни у детей в прошлом и настоящем. Л., 1980, с. 45.

552

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 112–114.

553

Анисимова Т. Б. Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания. Р/н/Д, 2003, с. 10.

554

Доктора и производитель долго перекладывали вину друг на друга. В итоге судебного разбирательства виновной была признана компания-производитель «Эйч Кей Мьюлфорд Ко», которая и выплатила родителям погибших детей компенсацию. Стрелочник был найден компанией в лице распространителя вакцины, некоего Пирса Руссела. Подробнее см. *McBean E.* The poisoned…

555

Российские авторы, вдохновленные искренним желанием продемонстрировать успехи прививок, видимо, заблуждаются, сообщая: «Высокоразвитые страны (страны Западной Европы, США, Канада, Япония) быстро наладили производство препарата Рамона – дифтерийного анатоксина, и к началу 30-х годов приступили к массовой иммунизации детско го населения, что привело к резкому снижению (в десятки раз) заболеваемости дифтерией» *(Покровский В. И.* Эволюция… с. 218). Согласно другим, менее восторженным (и, вероятно, более точным) данным, из числа европейских стран прививки в 1930-х гг. использовались лишь в крайне ограниченном масштабе, в основном в Германии и Венгрии. В других европейских странах программа детских прививок стартовала лишь во второй половине 1940-х гг., да и то скорее как ответ на вспыхнувшие во время Второй мировой войны уже подзабытые эпидемии. См. *Lumio J.* Studies… pp. 58-9. В любом случае ясно, что ни обязательными, ни даже массовыми прививки в Европе до Второй мировой войны не были. Так, уроки противостояния населения прививкам против натуральной оспы не прошли даром – Министерство здравоохранения Англии крайне настороженно относилось к новым вакцинациям и, будучи прекрасно осведомлено об их непредсказуемости и опасности, не спешило горячо рекомендовать эту процедуру и в отношении дифтерии. См. *Lewis J.* The Prevention of Diphtheria in Canada and Britain 1914–1945. *J. Soc. Hist.* 1986; 20:1, 163–176.

556

См. мнения врачей в *Lancet* May 14th, 1932 (p. 1052-3), *Medical Officer* May 26th, 1934 и др. Цит. по: *Bayley B.* The «Schick»…

557

Эта история изложена у Герберта Шелтона *(Shelton H.* Vaccine…). Стала она широко известной лишь из-за того, что ею занималась комиссия парламента Австралийского Союза, опубликовавшая свой отчет 13 июня 1928 г. А сколько таких происшествий было скрыто, сколько неверных диагнозов, призванных обелить прививки, поставлено их жертвам?

558

Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, pp. 21–42. Немалое количе ство примеров тяжелых болезней и смертей после прививки от дифтерии приведено в *Bayley B.* The «Schick»…

559

Daily Express April 10, 1950 и Combined injections for diphtheria and whooping cough may cause severe cases of infantile paralysis. *Mercury* (Hobart, Tasmania) April 11, 1950. Цит. по: *McBean* E. The poisoned…

560

*Archives of Disease in Childhood*March, 1950. Цит. по: *McBean E.* The poisoned…

561

Lancet April 8, 1950 и *The Medical Officer* April 8, 1950. Цит. по: *McBean E.* The poisoned…

562

The Medical Clinics of North America March 1926. Цит. по: *Shelton H.* Vaccine…

563

Annals of Internal Medicine Jan. 1929, p. 668. Цит. по: *Shelton H.* Vaccine…

564

ЖМЭИ 1971, № 9, с 55. Цит. по: *Червонская Г. П.* Прививки… // Вакцинопрофилактика…

565

Там же.

566

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 119.

567

Крюков В. И. и др. Оценка эпидемиологической и иммунологической эффективности вакцинопрофилактики дифтерии и столбняка. *ЖМЭИ,* 1994, май-июнь, с. 57–61.

568

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 120.

569

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 140.

570

МонисовЛ. Дифтерия… // Совещание… с. 28.

571

Червонская Г. П. Мифы… // Вакцинопрофилактика…

572

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 113.

573

Mark A. et al. Immunity and immunization of children against diphtheria in Sweden. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* Mar 1989; 8:214-9.

574

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 117.

575

Покровский В. И. Эволюция… с. 221.

576

Там же, с. 220 и 223.

577

Collins S. D. Diphtheria incidence and trends in relation to artificial immunization with some comparative data for scarlet fever. *Public Health Rep.* 1946; 61:203-40. Цит. по: *Lumio J.* Studies… pp. 58-9.

578

Покровский В. И. Эволюция… с. 223.

579

Щелкова Т. Е., Левенштам М. А. Эпидемиологические особенности вспышки дифте рии в г. Керчи // Дифтерия. Сборник… с. 63.

580

Там же, с. 66.

581

Сиземова Г.А. Дифтерия, с. 19.

582

Там же, с. 122.

583

Например, д-р Дороти Шеперд цитирует д-ра Бодмена, сообщившего, что после того, как 30–40 медсестер Бристольского гомеопатического госпиталя были вакцинированы от дифтерии традиционным способом, «было отмечено невероятное количество заболеваний, последовавших немедленно вслед за прививками. Последние на какое-то время снизили устойчивость к любым инфекциям, и заболеваемость медсестер в течение шести следующих месяцев (гриппом, краснухой, коклюшем) была выше, чем в любой другой аналогичный период времени за всю историю госпиталя» *(Shepherd D.* Homeopathy… pp. 27–28).

584

Тарасова А. А. и др. Вакцинация реконвалесцентов дифтерийной инфекции // Вакцинация детей с нарушенными состояниями здоровья. Под ред. М. П. Костинова. М., 2002, с. 256.

585

Самарина Н. В. Детские… с. 41.

586

Ниязматов Б. И. Эпидемиология дифтерии в республике Узбекистан. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1998, 4, с. 7–9.

587

Тайц Б. М. Вакцинопрофилактика, с. 150, 156–158.

588

Батаева С. Е. и др. Токсические формы дифтерии у привитых детей. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2004, 3, с. 53–55.

589

Иванова В. В. и др. Дифтерия у детей. СПб, 2000, с. 41. Или: «Сложившееся мнение о том, что токсической дифтерией могут заболеть лишь непривитые дети, в период последней эпидемической вспышки было подвергнуто сомнению… По наблюдениям НИИДИ, среди заболевших токсической дифтерией правильно, по возрасту привитых детей было 14,0 %, непривитых – 43,6 %, нарушенный график прививок имели 42,4 %». Там же, с. 114.

590

Там же, с. 18.

591

Там же, с. 43.

592

Там же, с. 47–48.

593

Там же, с. 88.

594

Носов С. Д. Инфекционные… с. 46. На с. 49–50 автор задает вопрос: «Не является ли нараставшая в последнее время сенсибилизация детского населения одной из причин формирования токсических форм при возникшей дифтерийной инфекции?». В правильно заданном вопросе, как известно, половина ответа. Осталось только выяснить, что же стало причиной стремительно нараставшей сенсибилизации детей в послевоенном периоде. Если не прививочные программы вкупе с массовым использованием антибиотиков для лечения последствий хронической поствакцинальной иммуносупрессии, то что?

595

Лещенко П. Д. Заболеваемость дифтерией в УССР и пути ее ликвидации // Дифтерия. Сборник… с. 7.

596

Гресь Б. Е. Анализ заболеваемости дифтерией в восточных областях УССР и меры по ее ликвидации. Там же, с. 16. Или: «Из 280 переболевших дифтерией детей 174 были полноценно привиты против дифтерии. В 73,5 % полноценно привитые дети перенесли инфекционные заболевания. Заболеваемость дифтерией отмечалась среди детей, перенесших одно инфекционное заболевание, в 41 % случаев, а среди детей, перенесших два-три и более заболеваний – в 59 % случаев» *(Педенко А. И. и др.* О некоторых причинах заболевания дифтерией иммунизированных детей. Там же, с. 96).

597

С бесхитростными родителями, которые не покупали справки, а пытались отстаивать свои убеждения, в те времена не церемонились: «…При повторных обходах во время переписи детского населения в 1957 г. в областном центре было выявлено около 300 детей, не иммунизированных против дифтерии в связи с отказом родителей от прививок. Учитывая это, мы в первую очередь приняли меры к полному охвату детей прививками. На протяжении 1957-58 гг. были почти полностью ликвидированы отказы от иммунизации против дифтерии» *(Лысенко О. Ф. и др.* Анализ заболеваемости дифтерией в Полтавской области и мероприятия по ее снижению за послевоенные годы. Там же, с. 38). Деталей о том, *как именно* были ликвидированы отказы, не приводится.

598

Лещенко П. Д. Заболеваемость… с. 7.

599

Там же, с. 8.

600

Демиховская Е. В. и др. Варианты иммунного ответа на ревакцинацию дифтерийным анатоксином у взрослых. *ЖМЭИ,* 1999, 5, с. 94–98.

601

Nicolay U. et al. Diphtheria antitoxin level 2 years after booster vaccination. *Wien. Med. Wochenschr.* 2000; 150:435-9.

602

Адищева Н. И. Клинико-иммунологические показатели вакцинального процесса АКДС у детей с увеличением тимуса I степени. Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Томск, 1996 г., с. 2 и 24. Читателям, наверное, будет интересно узнать, какие же меры предлагает автор для исправления положения. Неужели отказаться от прививок во имя здоровья детей? Ну нет. «Щадящая иммунизация двукратно АДС-М анатоксином детей с увеличением тимуса на фоне избранной терапии (5 дней до и 5 дней после прививки: гипоаллергенная диета, нуклеинат натрия, фенкарол, витамины А, Е, С, В, лактобактерин в возрастных дозах) поможет избежать осложненного течения вакцинального процесса, нормализует иммунный ответ, позволит прививать детей с тимомега- лией в декретированные сроки. Данный метод иммунизации увеличит процент привитых детей» (с. 25). Вакцинаторы умеют, сказав «А», говорить вовсе и не «Б», а любую другую букву алфавита. Ту, которая им требуется. В любом случае, на это исследование не обратили никакого внимания. Массовые прививки без разбора для всех детей продолжаются.

603

Кузьменко Л. Г., Арзямова В. В. Недостаточность продукции противодифтерийных антител у детей с тимомегалией при иммунизации вакциной АКДС. *Детские инфекции,* 2004, 2(7), с. 24–26.

604

Например, в Дании в 1988 г. у 26 % взрослых титр антител к токсину был ниже считающегося защитным 0,01 МЕ/мл *(Kjeldsen К. et al.* Immunity against diphtheria and tetanus in the age group 30–70 years. *Scand J. Infect. Dis.* 1988; 20:177-85), в США числящихся в защищенных по дифтерии оказалось, согласно данным недавнего исследования, только 60,5 % *{McQuillan G. M. et al.* Serologic immunity to diphtheria and tetanus in the United States. *Ann. Intern. Med.* May 2002; 136:660-6). Вот сведения из Италии – около 60 % «защищенных» (титр антител 0.1 МЕ/мл или больше), 10 % «незащищенных» (меньше 0,01МЕ/мл) и 30 % «не вполне адекватно» и условно-защищенных (от 0,01 до 0,09 МЕ/мл). См. *von Hunolstein C. et al.* Diphtheria antibody levels in the Italian Population. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* June 2000; 19:433-7.

605

Lumio J. Studies… p. 4.

606

Курчанов В. И. и др. Эпидемиология дифтерии в Санкт-Петербурге // Совещание… с. 46.

607

Йыгисте А. Дифтерия в Эстонии. Там же, с. 57–58.

608

Монисов А. Дифтерия… Там же, с. 24. Сравните со следующим: «…В 1990 г. среди за болевших дифтерией не были ревакцинированы большинство взрослых (95 %) и *каждый четвертый ребенок не был привит»* (выделено мной. – *А. К.). Покровский В. И.* Эволю ция… с. 230–231.

609

Филонов В. П. и др. Эпидемиологический надзор за дифтерией в Беларуси // Совещание… с. 49.

оисеева А. Эпидемия… Там же, с. 35–36. *.:*

611

Chen R. T. et al. Ukraine, 1992: first assessment of diphtheria vaccine effectiveness during the recent resurgence of diphtheria in the former Soviet Union. *J. Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S178-83.

612

Покровский В. И. Эволюция… с. 231.

613

Vitek C. R., VelibekovA. S. Epidemic diphtheria in the 1990s: Azerbaijan. *J. Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S73-9.

614

Balasanian M., McNabb S. J. Epidemic investigation of diphtheria in the Republic of Armenia 1990–1996. *J. Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S69-72.

615

Filonov V. P. et al. Epidemic diphtheria in Belarus, 1992–1997. *J. Infect. Dis* Feb 2000- 181 Suppl l:S41-6.

616

Khetsuriani N. et al. Diphtheria epidemic in the Republic of Georgia, 1993–1997. *J. Infect Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S80-5.

617

Kembabanova G etal. Epidemic investigation of diphtheria, Republic of Kazakhstan, 1990–1996. *J. Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S94-7.

618

Glinyenko V. M. et al. Epidemic diphtheria in the Kyrgyz Republic, 1994–1998. *J. Infect. Dis* Feb 2000; 181 Suppl l:S98-103.

619

GriskevicaA et al. Diphtheria in Latvia, 1986–1996. *J. Infect Dis* Feb 2000- 181 Suppl 1- S60-4.

sonis V. et al. Diphtheria in Lithuania, 1986–1996. *J. Infect. Dis* Feb 2000- 181 Suppl 1- S55-9.

621

Magdei A. et al. Epidemiology and control of diphtheria in the Republic of Moldova, 1946–1996. *J. Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S47-54.

622

Markina S. S. et al. Diphtheria in the Russian Federation in the 1990s. *J. Infect. Dis*. Feb 2000; 181 Suppl l:S27-34.

623

Usmanov I. et al. Universal immunization: the diphtheria control strategy of choice in the Republic of Tajikistan, 1993–1997. /. *Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S86-93.

624

Niyazmatov B. I. et al. Diphtheria epidemic in the Republic of Uzbekistan, 1993–1996. *J. Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S104-9.

625

Nekrassova L. S. et al. Epidemic diphtheria in Ukraine, 1991–1997. *J. Infect. Dis.* Feb 2000' 181 Suppl l:S35-40.

626

Jxgiste A. Diphtheria in Estonia, 1991–1996. *J. Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S65-8.

627

Прицкер В. Вакцинация – «процент исполнения». *Зеркало недели on the Web* 1996;.2(67).

628

Червонская Г. П. Прививки… // Вакцинопрофилактика… с. 61.

629

Покровский В. ***И.*** *и др.* Современные аспекты эпидемиологии и профилактики дифтерий. М., ВНИИМИ, 1986. Цит. по: *Червонская Г. П.* Прививки… // Вакцинопрофилактика… с. 61.

630

Статистика заболеваемости взята из статьи *Dittman S. et al.* Successful Control of Diphtheria in the States of the Former Union of the Soviet Socialist Republics: Lessions Learned. *J. Infect. Dis.* Feb 2000; 181 Suppl l:S10-22.

631

Вот еще один пример: «Повышение заболеваемости дифтерией в республиках бывшего СССР началось в конце 80-х годов из-за низкого уровня охвата прививками населения, из-за многочисленных необоснованных отводов и отказов от прививок» *(Медуницын Н. В.* Вакцинология. с. 138). Известному всем детям некрасовскому капитану Врунгелю надо было идти не в моряки, а в эпидемиологи или инфекционисты с последующей специализацией в прививках. Вне всякого сомнения, его столь востребованные в этой области способности позволили бы ему сделать фантастическую карьеру.

632

Lumio S. Studies… p. 4 и *Dittman S.* Successful…

633

Прицкер В. Эпидемия продолжается. *Зеркало недели on the Web* 48(113), 1996.

634

Васильев К. Г., Лаврюкова С. Я. Эпидемиологические особенности дифтерии в Одессе за 100 лет. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1998, 2, с. 25–27.

635

Рахманова А. Г. и др. О преодолении негативного отношения населения к профилактическим прививкам против дифтерии // Совещание… с. 113. Еще одно мероприятие, предлагавшееся д-ром А. Рахмановой, – «вовлечение в работу по пропаганде вакцинопрофилактики неправительственных организаций и коммерческих структур». За деньги налогоплательщиков, надо полагать.

636

Чен Р. Эпидемия… // Совещание…

637

Моисеева А. В. и др. Меры контроля участия общественности в решении проблемы Дифтерии//Совещание… с. 115–116.

«Коклюш, к сожалению, встречается и в тех странах, где в течение многих лет подавляющему большинству жителей делают противококлюшные прививки. Так, в США с 1980 по 1989 г. было зарегистрировано 27 тыс. случаев заболевания, причем 12 % заболевших составляли люди в возрасте 15 лет и старше» *(Лобзин Ю. В., Плотников К. П.* «Детские» инфекции. СПб, 2001, с. 19). Или: «Особенно опасны как источники заражения больные со стертой формой болезни, у которых коклюш часто остается недиагностированным. *Дети раннего возраста нередко заражаются от взрослых»* (выделено мной. – *А. К.*) *(Самарина Н. В., Сорокина О. А.* Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, Москва, 2000, с. 93). Еще пример: «В последние годы XX в. источником возбудителя инфекции для детей становятся взрослые, которым диагноз, как правило, не ставят даже при наличии манифестных форм» *(Покровский В. И. и др.* Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 255). Чтобы рассеять последнюю тень сомнения у читателей относительно источника заражения детей, процитирую отчет комитета экспертов по изучению побочных реакций на прививки против коклюша и краснухи при американском Институте медицины: «Факты подтверждают, что *привитые взрослые* являются превалирующим источником заражения новорожденных и детей в развитых странах» (выделено мной. – *А. К.*) *(Howson C. P. et al.* Adverse effects of Pertussis and Rubella Vaccines. IOM, 1991, p. 9). Здесь же авторы сообщают следующее: «До начала массовой иммунизации считалось, что коклюшем заражалось в течение своей жизни 95 % людей… 20 % случаев наблюдалось в возрасте младше одного года, а 60 % – в возрасте от 1 года до 4 лет… Согласно данным Центра контроля заболеваний… в период с 1986 по 1988 г. 46 % случаев наблюдалось у детей младше одного года, среди них у 35 % младше 6 месяцев. 22 % всех случаев было зарегистрировано у детей от 1 года до 4 лет, в группе 5–9 лет – 16 %, 10–14 лет – 5 %, 15 лет и старше- 11 %» (с. 13). При этом авторы оговариваются, что эти оценки основаны лишь на *5-10 %* случаев коклюша, о которых становится известно, а в свете сложности распознавания коклюша истинные заболеваемость и смертность,

связанные с коклюшем, должны быть многократно выше. Если перевести проценты в цифры, то можно предположить, что в США ежегодно происходит около 55–65 тыс. случаев заболевания коклюшем. Обращает на себя внимание, что заболеваемость (пусть и снизившаяся в целом) явно смещается в самый опасный для болезни возраст, младенческий, о чем еще будет сказано далее в этой главе. Электронная версия отчета экспертов доступна на сайте издательства *National Academic Press.*

639

Howson C. P. et al. Adverse… pp. 11–12.

640

Там же, с. 12. Составители отчета ссылаются на три публикации, подтверждающие этот факт. Собственно, о пожизненном иммунитете после перенесенного коклюша говорится во всех известных мне разумных руководствах по инфекционным болезням, поэтому я был немало озадачен, случайно обнаружив следующее утверждение авторского коллектива книги «Инфекционные болезни. Справочник для всех» («ДЕАН», СПб, 2000, с. 193): «Перенесенное заболевание и вакцинация не обеспечивают пожизненной невосприимчивости к нему. Поэтому возможны повторные заболевания у взрослых». Почти без изменений эта фраза воспроизводится в «Детских» инфекциях» (СПб и М., 2001, с. 21); в обоих случаях среди авторов фигурирует главный инфекционист Минобороны РФ Ю. В. Лобзин. Разумеется, по поводу вакцинации дискуссии здесь нет (не столь уж редко она не обеспечивает вообще никакой невосприимчивости, не то что пожизненной), но перенесенное заболевание? Может, «на брегах Невы» и коклюш какой-то особенно зловредный, не подчиняющийся законам, верным для всего остального мира? Для иллюстрации: «Обширная литература, относящаяся к допрививочному периоду, свидетельствует, что повторные заболевания коклюшем регистрировались не более чем в 0,25 % случаев, то есть перенесенное заболевание создавало стойкий пожизненный иммунитет и повторные за болевания представляли большую редкость» *(Покровский В. И.* Эволюция… с. 246–247). Неплохо бы инфекционистам разобраться между собой.

641

См., например, *Tozzi Л. E. et al.* Clinical Presentation of Pertussis in Unvaccinated and Vacci- nated Children in the First Six Years of Life. *Pediatrics* Nov 2003, vol. 112, No 5; Epidemiological Features of Pertussis in the United States, 1980–1989. *Clinical Infectious Diseases* 1992 (14);708–719 и *Mertsola J. et al.* Intrafamilial spread of pertussis. *J. Pediatrics* 1983; 103:359–363.

642

English J. M. Pertussin 30 – protective for whooping cough? A pilot study. *British Homeopathic Journal* 1987; 76:61–65. Следует обратить внимание читателей, что речь идет именно о *нозоде* – препарате, получаемом из слюны больных коклюшем. Никакого отношения к различным аллопатическим пертуссинам, даже в динамизированной форме, которые продаются и в гомеопатических аптеках, *нозод Pertussinum* не имеет!

643

Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, pp. 63–68.

644

Тайлер М. Портреты гомеопатических лекарств. Т.I, М., 2002, с. 412.

645

Там же, с. 413.

646

Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica. Т. I, М., 1999, с. 476.

647

JAMA November 4,1950; 144:879.

648

Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 137.

649

SMJ 1996; 312:1620.

650

Coulter H. L., Fisher B. L. A Shot in the Dark. Why the P in the DPT vaccination may be hazardous to your child's health. NY, 1991, p. 4.

651

Покровский В. И. Эволюция… с. 238–239.

652

Носов С. Д. Эволюция детских инфекционных болезней в периоде активной борьбы за их ликвидацию. Актовая речь 10 ноября 1961 г. М., 1961, с 14.

653

Уже упоминавшийся комитет экспертов приводит такие данные по Великобритании: смертность от коклюша перед началом Второй мировой войны составляла лишь 1/10 от той, что была сорока годами раньше; к середине XX в. один из тысячи детей умирал от коклюша. Смертность быстро снижалась и после войны, хотя эпидемии коклюша продолжались. Такая же тенденция была характерна и для США *(Howson C.* Adverse… p. 14).

654

Joet F. et al. Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals. *Medical Veritas* 2005, 2:1-37.

655

Так, в 1920-1930-х гг. к десятилетнему возрасту 73 % американских детей переносили коклюш (*CoulterH. L.* A Shot… p. 6).

656

Покровский В. И. Эволюция… с. 244.

657

Сообщение корреспондента United Press International Стивена Митчелла от 10 октября 2003 г. Цит. по рассылке новостей NVIC от 27 октября 2003 г.

658

Покровский В. И. Эволюция… с. 253.

659

«Нет прямых доказательств, что сывороточные антитела к коклюшным антигенам способны обеспечивать защиту… Главным элементом противококлюшной защиты является клеточный иммунитет» *(Медуницын Н. В. Вакцинология* с. 137). Эта же фраза без малейших изменений (и без указания источника) воспроизведена в книге *Учайкин В. Ф., Шамшева О. В.* Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 125.

660

Madsen T. Vaccination against whooping-cough. *J. Am. Med. Ass.* 1933; 101:239–241.

661

Coulter H. L. A Shot… p. 6. Такой творческий подход, припудренный трогательной заботой об удобствах детей и экономии времени родителей и очень занятых врачей, понравился, и «коктейлизация» прививок получила дальнейшее распространение. В 1959 г. в США появилась новая вакцина «Квадриджен», в которую к дифтерийному, коклюшному и столбнячному компонентам был добавлен и полиомиелитный (вакцина Солка). Из-за огромного количества тяжелых побочных реакций и последовавших вслед за тем успешных судебных исков она была без лишнего шума отозвана с рынка. Причины, по которым «Квадриджен» приводила к смерти и увечьям, до сих пор в точности неизвестны. Предполагается, что в вакцине находилось слишком много ртутьсодержащего консерванта, а также что при ее транспортировке систематически нарушался режим «холодовой цепи». Хотя многие врачи указывали на странный цвет приходящей к ним вакцины, производитель – не пропадать же, в самом деле, добру! – упорно отказывался заменить испорченные при транспортировке лоты (подробнее см. ibid., p. 178). Так или иначе, но угрюмое «I'll be back!» было все же пророчески вымолвлено «Квадридженом». В следующей серии бесконечного прививочного сериала, уже много лет спустя, возвращение постаревшей, но пугающе размножившейся и снабженной новым боекомплектом вакцины-терминатора состоялось под названиями «Тетракок», «Квадрисель» и «Пентасель». Само собой разумеется, что «учитывая безопасность, удобство и эффективность этого подхода, ВОЗ предусматривает возможность одновременного введения всех вакцин, которые необходимы ребенку данного возраста» *(Адамович М. М. и др.* Иммунопрофилактика инфекционных болезней. Минск, 2002, с. 34). Возможность одновременно вколоть все, что положено по плану на душу ребенка, пришлась крепко по душе и российским вакцинаторам: «Новым в современной иммунизации являются *рекомендации одновременного введения разных вакцин… Необходимым условием такого введения является проведение инъекций разными шприцами и в различные участки тела.* В ряде стран, например, в США, рекомендуется вводить до 11 вакцин одномоментно… С

организационной стороны одномоментная вакцинация имеет большие преимущества, поскольку сокращает количество посещений поликлиники, что уменьшает число «пропущенных детей» и «упущенных возможностей» и тем самым увеличивает охват населения иммунопрофилактикой» *(Лакоткина Е. А. и др.* Вакцинопрофилактика инфекционных заболеваний у детей и взрослых. СПб, 2000, с. 23). Интерес к вакцинным многосмешениям и «инъекциям разными шприцами в разные участки тела» проснулся сравнительно недавно, и произошло это в связи с лавинообразным увеличением количества доступных и обязательных прививок и их доз. Об этом говорится в других главах настоящей книги.

662

ByersR. K., MollF. C. //Pediatrics 1948; 1:437.

663

Можно также отметить наблюдение, сделанное годом раньше. Ребенок получил привив ку во время того, что могло быть охарактеризовано как нераспознанная атака коклюша. Через две недели развилась мягкая форма энцефалита. Был привит во второй раз, после чего через неделю было ухудшение. Был привит в третий раз, ухудшение наступило через 3 дня. Через год произошло спонтанное ухудшение состояния. Тогда теста ради (каждый врач в душе ведь и экспериментатор, не так ли?) ребенку сделали внутрикожную прививку вакцины, которая через 12 часов вызвала тяжелый вялый паралич. Дело завершила бронхопневмония, развившаяся несколькими неделями позднее *(Brody M., Sorley R. J. II NY St. J. Med.* 1947; 47:1016). В свете *таких* реакций ребенка на введение коклюшной вакцины и продолжающихся при этом упорных прививках, можно ли назвать всю эту историю иначе, чем злонамеренным убийством? А вот другой пример такого рода. Серия № 1182 вакцины DPT, произведенная в июле 1975 г. в Мичигане, успешно прошла тесты изготовителя на эффективность и безопасность, но тесты Управления контроля продуктов и лекарств (FDA) обнаружили, что вирулентность вакцины в 3 раза превышает допустимую. Однако уничтожить 400 000 доз бракованной вакцины, как следовало поступить по закону, бы ло жалко. Тогда мичиганские вакцинаторы решили поставить эксперимент на детях – а ну как Управление ошиблось и все не так уж страшно? Прививки вакциной этой серии получили 700 детей из округа Ингхэм. Как минимум для троих эксперимент закончился параличами и поражением мозга. Суд отклонил иски родителей, приняв сторону штата, заявившего, что он обладает «иммунитетом суверена» на услуги, которые кроме него никто не обеспечивает, и к их числу относятся прививки *(Coulter H. L.* A Shot… p. 176–177).

664

Kong E. // Helv. Paed. Acta 1953; 8:90.

665

Поликомпонентные вакцины, производимые британскими компаниями «Листер», «Глаксо» и «Бэроус вэлкам», появились в 1957 г., а программа массовых прививок против коклюша началась в Великобритании в 1958 г. Заслуживает упоминания, что в 1956 г., *за год до появления собственных английских вакцин и за два года до начала массовой прививочной кампании,* смертность от коклюша составляла в Англии и Уэльсе 2 на миллион населения, а в 1870 г. она равнялась 512!

666

Wilson A. T. et al. Whooping cough: difficulties in diagnosis and ineffectiveness of immuniza- tion. *BMJ* 1965; 2:623–626.

667

Miller C L., Fletcher W. B. Severity of notified whooping cough. *BMJ* 1976, 17 Jan; 117–119. Цит. по: *Scheibner V.* Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Rep- resent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, pp. 20–21.

668

Например, как читателям понравится такое: «Коклюш – болезнь, вызываемая грам- отрицательной бактерией *Bordetella pertussis* у лиц, не получивших прививку DPT»? Сказано не в интервью какого-нибудь прожженного прививочного дельца бульварной газетенке, а в «карманной» версии престижного руководства, лежащей на столах у врачей по всему миру! (Pocket companion to Robbins' pathologic basis of disease. 6^{th} ed., 1999, p. 188). Во имя чего столь примитивная ложь?

669

О том, как тестировалась вакцина АКДС в СССР и продолжает тестироваться в России, немало сказано в материале Г. П. Червонской «Мифы и правда о прививках» в докладе РНКБ при АН РФ «Вакцинопрофилактика и права человека» (М., 1994). Согласно ее данным, в России повторяются бессмысленные мышиные тесты на токсичность, предложенные американцами. Если кто-то при этом считает, что такой абсурдной «науке» можно доверять, то ему явно не место среди тех, кто принимает решения, последствия которых затрагивают здоровье миллионов детей.

670

Cristensen C. *N.* Pertussis Vaccine Encephalopathy. Eli Lilly Report, 1962, 1–5, p. 10. Цит. по: *Geier D., Geier M. J.* The true story of pertussis vaccination: a sordid legacy? *Hist. Med. Allied. Sci.* July 2002; 57(3):249–284. Из последних публикаций, в очередной раз подчеркивающих бесполезность тестов на мышах для оценки безопасности и иммуногенности коклюшных вакцин, см. A better potency assay is needed. Expert Review *Vaccines* 2004, 3 (l):89-101.

671

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 134.

672

Geier D. The true… Перевод Е. Пескина (Москва).

673

Резник Я. Б. Реактогенность коклюшно-дифтерийной вакцины и методы ее снижения // *Сиземова Г. А. и др.* Дифтерия. Кемерово, 1971, с. 90. Снизить реактогенность, похоже, не очень получилось: «Наиболее реактогенной вакциной календаря прививок является АКДС-вакцина» (*Медуницын Н. В.* Вакцинология, с. 133).

674

Подробнее см. *Geier D.* The true…

675

См. *Torch W. C.* Diphtheria-Pertussis-Tetanus (DPT) Immunization: A Potential Cause of the Sudden Infant Death Syndrome (SIDS). *Neurology* 1982; A169-A170 и *BaraffL. J. el al.* Possible Temporal Association Between Diphtheria-Tetanus Toxoid – Pertussis Vaccination and Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatr. Infect. Disorder* Jan-Feb 1983, 2(l):5–6. Д-р Вильям Торч в свое время возглавлял отделение детской неврологии кафедры педиатрии медицинского факультета университета в Неваде. Еще до публикации статьи он выступил на 34-й сессии Американской академии неврологии в 1982 г. с докладом. В нем Торч представил материалы изучения 70 случаев внезапной детской смерти, две трети из которых произошли вскоре после вакцинации DPT. 6,5 % умерли в течение 12 часов после прививки, 13 % – в течение 24 часов, 26 % – в течение трех дней, 37, 61 и 70 % в течение одной, двух и трех недель соответственно. В группе не получавших прививки пик смертности от СВДС приходился на 2 месяца жизни, у получавших – на 2 и 4; если не получавшие DPT обычно умирали осенью и зимой, то для получавших прививку влияние сезонности не обнаруживалось. У получивших прививку смерть обычно случалась после непродолжительного периода возбуждения, крика, вялости, симптомов со стороны верхних дыхательных путей и нарушения сна. Вызвавший ярость неврологов и медицинских чиновников вывод Торча был следующим: «Эти данные показывают, что DPT может быть главным обычно не распознаваемым фактором внезапной детской смерти и что риск иммунизации может превышать ее пользу…». См. главы о связи прививки DPT и СВДС в *Coulter H. L.* A Shot… pp. 50–57 и особенно в *Scheibner V.* Vaccination… pp. 59–68.

676

Geier D. The true…

677

Там же. См. также *CoulterH. L.* A Shot… pp. 182–184.

678

Testimony of Raphaele Moreau-Horwin amp; Michael Horwin. Письмо сенатору Дану Бертону от 12 апреля 1999 г. (имеется на ряде сайтов).

679

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 128.

680

Там же, с. 127.

681

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 134.

682

Stewart G. T. Vaccination against whooping cough. Efficacy versus risks. *Lancet* Jan 1977; 29:234-7 и Danger. *Here's Health* March, 1980, Re: Whooping cough and whooping cough vac- cine: the risks and benefits debate. *Am. J. Epid.* 1984; 119(l):135-9.

683

Можно упомянуть и статью д-ра D. Pollock, опубликованную в *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1970; 63:8, p. 811, согласно которой в период с 1967 г. до написания статьи случаи заболевания коклюшем наблюдались автором у 56 % привитых в возрасте до четырех лет.

684

Ehrengut W. Whooping cough vaccination. Comment on Report from Joint Committee on Vaccination and Immunization. *Lancet* 18 Feb, 1978; 370–371. Вряд ли причиной этого могло быть исключительно резкое улучшение социальных условий, так как в то же самое время заболеваемость свинкой выросла в шесть раз.

685

Покровский В. И. Эволюция… с. 252.

686

Coulter H.L. A Shot… p. 97.

687

Pediatric Neurology Society // Pertussis Immunization and the Central Nervous System. *Ann. Neurol.* 1991; 29:458-60.

688

«Одной из самых сложных проблем является диагностика стертых и легких форм заболевания вследствие выраженного коклюшеподобного синдрома при ряде других соматических заболеваний» *(Покровский В. И.* Эволюция… с. 256).

689

В 1973 г. в Великобритании была создана Ассоциация родителей детей, пострадавших от прививок. Она представила специально созданной Королевской комиссии по гражданской ответственности и компенсациям за личный ущерб (она же комиссия Пирсона) сообщения о 356 случаях тяжелой инвалидности (обычно необратимого поражения мозга), причиной которой объявлялись прививки; из них 240 были связаны с коклюшной вакциной. От государства требовалась компенсация за нанесенный ущерб. Ассоциацию родителей поддержали некоторые медицинские и фармацевтические объединения Великобритании. В итоге комиссия рекомендовала правительству принять ретроактивную (до 1948 г. включительно) компенсационную программу, и эти рекомендации были утверждены в 1978 г. К середине 1980 г. было подано 2619 исков.

690

Coulter K L. A Shot… p. 96.

691

Sheldon T. Dutch Whooping Cough Epidemic Puzzles Scientists. *BMJ* 1998; 316:91–94. См. также *Moot F. R. et al.* Adaptation of *Bordetella pertussis* to Vaccination: A Cause for Its Re- emergence? *Emerg. Inf. Dis.* June 2001; vol. 7 No 3 Suppl. pp. 526–528.

692

Медуницын И. В. Вакцинология, с. 137. Как и в случае с иммунитетом после болезни (см. прим. 3), другие, санкт-петербургские авторы также отличились оригинальным и безапелляционным «Иммунитет от матери не передается» *(Самарина В. И.* Детские… с. 93), хотя исследования показывают, что передается, при этом не только через плаценту, но и с материнским молоком. Положительно, с коклюшем в этом городе творятся какие- то необъяснимые чудеса!

693

«Возникновение более 50 % случаев коклюша у маленьких детей можно объяснить не достаточностью материнского иммунитета и отсутствием передачи защитных противо- коклюшных антител через плаценту от женщины к развивающемуся организму ребенка» *(Лобзин Ю. В.* «Детские»… с. 20). Исследование, проведенное под эгидой британской Лабораторной службы общественного здравоохранения (PHLS) в 1982 г., подтвердило, что при высоком проценте привитых заболеваемость смещается в ранний детский возраст и дает там максимальную смертность *(в 20 раз* превышающую смертность во всех остальных группах!), а при падении этого количества привитых (как это было в 1975 г.) распределение заболеваемости по возрастным группам возвращается к допрививочному. Когда в 1979 г. Швеция отменила прививки против коклюша (из-за неприемлемого количества осложнений), патологическая прививочная эпидемиология быстро исчезла: случаи заболевания в возрасте до 6 мес. исчезли, в возрасте до 2,5 лет их стало мало. Основная часть случаев коклюша, как это было и в допрививочные времена, стала фиксироваться у детей в возрасте от 2,5 до 10 лет, когда опасность незначительна. Так что же делают прививки: *защищают* младенцев или же *навлекают на них болезнь?!*.

694

American Academy of Pediatrics. Policy statement DOI: 10.1542/peds.2005–3038. Commit- tee on Infectious Diseases. Prevention of Pertussis Among Adolescents: Recommendations for Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid, and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine.

695

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 134.

696

Uberall M.A.et al. Severe adverse events in a comparative efficacy trial in Germany in infants receiving either the Lederle/Takeda acellular pertussis component DTP (DTaP) vaccine or the Lederle whole-cell component DIP (DIP) or DT vaccine // The Pertussis Vaccine Study Group, Dev. Biol. Stand. 1997; 89:83-9.

697

Отчасти по этой же причине в 1992 г. была заморожена процедура лицензирования японских вакцин и в США. Лицензию две японские вакцины получили лишь в 1996 г. Подробнее о результатах испытаний в Швеции и о связи прививок с бактериальной инфекцией см. *Scheibner V.* Vaccination… pp. 33–49.

698

Poland G. A… Acellular pertussis vaccines: new vaccines for an old disease. *Lancet* 1996; 347:209-10.

699

Geier D. A, Geier M. R. Clinical Implications of Endotoxin Concentrations in Vaccines. *Ann. Pharmacother.* 2002; 36:776-80.

700

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 129.

701

Подробнее см. *Geier D.* The true…

702

U. S. Institute of Medicine. Vaccine Development. 1985. Для детей стран третьего мира ВОЗ умудряется закупить полный набор «необходимых» вакцин за 57 центов, при том, что в этих странах на нужды здравоохранения тратится / *доллар на душу населения в год.* Даже при максимально возможном снижении цены на эту вакцину она останется недоступной для этих стран, провоцируя тем самым появление нового положения вещей: «два мира – две вакцины» – и весьма нежелательный конфликт между богатыми, которые могут позволить себе безопасную вакцину, и бедными, которым сбывается опасная. Эта проблема далеко не так безобидна, как может показаться. См. *Coulter H. L.* A Shot… p. 209. Вряд ли могут быть сомнения в том, что упорное применение цельноклеточных вакцин в странах бывшего СССР связано с тем, что власти отказываются признавать свою ответственность за нанесенные увечья и, соответственно, выплачивать компенсации. А раз так, то нет нужды искать более сложную и дорогую для производства вакцину.

703

Следует, тем не менее, упомянуть и парентеральный путь заражения корью при инъекциях, ранее считавшийся экзотическим и казуистичным. В современный период тотальных прививок он приобретает все большее значение, хотя все еще остается редким.

704

Пятна Коплика являются характерными *только* для кори *(Medicine International* 1984, p. 20 и Viral Diseases in Man. 83rd ed., p. 412), поэтому при их обнаружении нет смысла подвергать ребенка каким-либо дополнительным исследованиям ради полноты отчетности учреждений здравоохранения.

705

Самарина Н. В., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, М., 2000, с. 104.

706

Hussey G. D. Managing Measles. *BMJ* 1997, 514:1, p. 316. О витамине А см. далее.

707

Lilienthal S. Homeopathic Therapeutics. 1890, republ. Indian Books amp; Periodicals Publishers, pp. 690–693.

708

Agrawal Y. R. Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 29. В другой своей книге Агравал отмечает, что некоторыми врачами (например, д-ром М. Тайлер) рекомендуется *МогЫШпит* 200 *{Agrawal Y. R.* Measles amp; Smallpox. Delhi, 1980, p. 13).

709

«Выбранная на основании закона подобия и примененная у постели больного, Пульсатилла вполне поддерживает репутацию этого закона, и она является нашим главным средством против кори… Но кроме пульсатиллы, надо иметь в виду при кори еще одно средство – евфразию (Euphrasia officinalis), имеющую специфическое сродство – более сильное, нежели Pulsatilla – к слизистой оболочке носа и к глазам… которые как раз бывают при кори особенно сильно поражены. Этих двух лекарств обыкновенно бывает вполне достаточно, чтобы провести коревое заболевание благополучно до конца и из бежать всяких осложнений и дурных последствий. По крайней мере, я, имея в течение текущей зимы человек 30 коревых больных и применяя только эти средства, не имел ни одного осложнения и не применял больше никаких лекарств», – заявил в своем докладе известный гомеопат, председатель Одесского Ганемановского общества последователей гомеопатии д-р И. М. Луценко (1863–1919). См. «Корь и ее лечение. Доклад, читанный в Общем собрании членов Одесского Ганемановского общества 4-го марта 1899 г., доктора медицины И. М. Луценко». Одесса, 1899, с. 19–20. Репринтное издание Научно-медицин- ского гомеопатического общества Одесской области (2003). С ним были вполне согласны и санкт-петербургские гомеопаты: «Применение пульсатиллы предотвращает опасность поражения среднего уха (нагноение), а также и поносы. Поэтому чем ранее и чем энергичнее будет применяться указанное средство, тем увереннее может быть предотвращена опасность перечисленных осложнений» (Корь и лечение ее гомеопатическими средства ми. Изд. Санкт-Петербургского благотворительного общества врачей-гомеопатов. СПб // Предупреждение и лечение болезней гомеопатическими средствами. Из архива Санкт- Петербургской гомеопатической поликлиники. СПб, 1994, с. 40).

710

Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, p. 44. Далее изложение материала идет по главе «Корь» этой книги, с. 42–49.

711

Там же, с. 44–45.

712

http://bmj.bmjjournals.com/cgi/eletters/330/7483/112-d. Перевод А. Казачек (Мельбурн).

713

Marufu T. et al. Measles complications: the importance of their management in reducing mortality attributed to measles. *Cent. Afr. J. Med.* June 1997; 43:162-5.

714

Проф. Р. Мендельсон писал: «Имея за плечами десятилетия опыта лечения кори и неоднократно беседовав со многими педиатрами, я проверил еще раз статистику и пришел к выводу, что соотношение 1:1000 может быть правильным для детей с недостаточным питанием, живущих в бедности, но для детей из семей со средним и выше среднего доходом, если исключить простую сонливость от самой кори, частота истинного энцефалита скорее 1:10 000 или даже 1:100 000» *{Mendelsohn R.* The truth about immunization. *The People's Doctor* April 1978). Согласно официальным данным, энцефалит в результате кори встречается у 1 из 5000 заболевших, при этом смертность достигает 15 %, а у 20–40 % выздоровевших остается неврологический дефект (UK Department of Health Immunisation against Infectious Disease 1996. The Green Book. 22.1.4). Учитывая, что сообщается далеко не о всех случаях кори, реальная частота энцефалитов, вероятно, еще ниже. К сожалению, в статистических сводках не указывается предшествующее состояние здоровья заболевших корью и получали ли они аллопатическое лечение против кори. Я думаю, что будь такие данные опубликованы, многое стало бы ясно.

715

Сергеев В. П., Дзагуров С. Г. Актуальные проблемы иммунопрофилактики инфекци онных болезней и стандартизации медицинских иммунобиологических препаратов. *ЖМЭИ,* 1984, 7, с. 31. Или: «Анализ данных клинико-эпидемиологического и серологического обследования больных детей с разными первоначальными диагнозами (корь или краснуха) показал, что в 5,2 % случаев под диагнозом «краснуха» протекала корь, а в 23,6 % случаев под клиническим диагнозом «корь» оказалась краснуха. При обследо вании 84 очагов кори в Москве эта инфекция была подтверждена серологически в 63 % очагов, 25 % составляли очаги, где краснуху приняли за корь; в 6 % очагов были выявлены две инфекции одновременно» *(Покровский В. И. и др.* Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 284).

716

Скроцкий А. И. О предохранительной прививке против кори сывороткой коревых ре- конвалесцентов. *Врачебное дело,* 1923; 18–20, с. 507.

717

Там же, с. 508.

718

Корь и лечение… с. 36.

719

Emerson H. Measles and Whooping Cough. Incidence, Fatality and Death Rates in Thirty Two Cities of the United States, in Relation to Administrative Procedures Intended for Control, 1924–1933 // Sub-Committee on Evaluation of Health Department Practices, Committee on Administrative Practice, American Public Health Association, 1934.

720

Forbes D. Measles mortality. *Lancet* 1933; 2:253–255.

721

Joet F. et al. Survey on vaccinations in Europe: adverse effects, epidemiology, laws, and EFVV proposals. *Medical Veritas* 2005, 2:1-37.

722

Ibid.

723

Покровский В. И. Эволюция… с. 260–261. Заслуживает самого пристального внимания снижение заболеваемости некоторыми инфекционными болезнями и числа смертей от них в СССР в годы Второй мировой войны, хотя, казалось бы, все должно быть наоборот. В главе о полиомиелите будет отмечено, что во время войны полиомиелит на террито рии Советского Союза не регистрировался вообще. Не исключаю, что это любопытное наблюдение имеет определенную связь с другим, а именно: во время забастовок врачей смертность населения *снижается.* Вот мнение проф. Р. Мендельсона: «Я считаю, что при доступности экстренной медицинской помощи возможность повседневно обращать ся к медицинским услугам, вероятно, оказывает отрицательное влияние на здоровье. Мы видели это на примерах Калифорнии, Саскачевана (канадская провинция. – *А. К.*), Израиля и т. д. – как только врачи объявляют забастовку, падает уровень смертности!» *(Mendelsohn R.* How to raise a healthy child… in spite of your doctor. NY, 1984, p. 23).

724

Интересующихся историей вопроса я отсылаю к статье *Semba R. D.* Vitamin A as «Anti- Infective» Therapy, 1920–1940. *Journal ofNutrition* 1999; 129:783–791.

725

World Bank (1993) World Development Report 1993: Investing in Health. New York, Oxford University Press.

726

Hussey G. D., Klein M. A randomized, controlled trial of vitamin A in children with severe measles. *N. Engl. J. Med.* 1990; 323:160-4.

727

Klein M., Hussey G. D. Vitamin A reduces mortality and morbidity in measles. *S. Afr. Med. J.* July 21, 1990; 78(2):56-8, *Rahmathullah L. et al.* Reduced mortality among children in southern India receiving a small weekly dose of vitamin A. *N. Engl. J. Med.* Oct 4, 1990; 323(14):929-35, *West K. P. Jr. et al.* Efficacy of vitamin A in reducing preschool child mortality in Nepal. *Lancet* July 13, 1991; 338 (8759):67–71, *Herrera M. G. et al.* Vitamin A supplementation and child sur- vival. *Lancet* Aug 1, 1992; 340(8814):267-71, *Fawzi W. W.* Vitamin A supplementation and child mortality. *JAMA* 1993; 269:898–903, *Sommer A.* Vitamin A, infectious disease, and childhood mortality: a 2 solution? J. *Infect. Dis.* May 1993; 167(5): 1003-7.

728

Griffiths J. K. The vitamin A paradox. *J. Ped.* November 2000; 137:5.

729

Kawasaki Y. et al. The efficacy of oral vitamin A supplementation for measles and respiratory syncytial virus (RSV) infection. *Kansenshogaku Zasshi* Feb 1999; 73(2):104-9.

730

Barclay A. J. G. et al. Vitamin A supplements and mortality related to measles: a randomized clinical trial. *BMJ* 1987; 294(294–296).

731

Hussey G. D., Klein M. Routine high-dose vitamin A therapy for children hospitalized with measles. *J. Trop. Pediatr.* Dec 1993; 39(6):342-5.

732

Semba R.D.etal. Reduced seroconversion to measles in infants given vitamin A with measles vaccination. *Lancet* May 1995; 345:1330-2.

733

Semba R. D. et al. Effect of vitamin A supplementation on measles vaccination in nine-month- old infants. *Public Health* July 1997; 111:245-7. См. статью *Benn C. S. et al.* Randomised trial of effect of vitamin A supplementation on antibody response to measles vaccine in Guinea-Bissau, west Africa *(Lancet* July 1997; 350:101-5), в которой также не было найдено подтверждения отрицательному влиянию витамина А на образование антител.

734

Yalcin S. S. The effect of live measles vaccines on serum vitamin A levels in healthy children. *Acta PaediatrJpn* Aug 1998; 40:345-9.

735

Nakayama T. et al. Long-term regulation of interferon production by lymphocytes from chil dren inoculated with live measles virus vaccine. *J. Infect. Dis*. Dec 1988; 158(6):1386-90.

736

Shaheen S. O. et al. Measles and atopy in Guinea-Bissau. *Lancet* June 29, 1996(347): 1792-96.

737

Lovik M. Do infections reduce the development of allergy? Do measles reduce the risk of al lergic disease? *Tidsskr Nor Laegeforen* Feb 20, 1997; 117(5):688-90.

738

Ronne T. Measles virus infection without rush in childhood is related to disease in adult life. *Lancet* January 1985; (5)1-5.

739

Grote D. et al. Neutrophils Contribute to the Measles Virus-induced Antitumor Effect: Enhancement by Granulocyte Macrophage Colony-stimulating Factor Expression. *Cancer Re- search* Oct 1, 2003; 63(19):6463-8.

740

SandallR. MMR RIP? *The Sunday Times Magazine* (UK) December 13, 2003.

741

Wakefield A., Montgomery S. M. Measles, mumps, rubella vaccine: through a glass, darkly. *Adverse Drug. React. Toxicol. Rev.* 2000; 19(4):265–283. Там же авторы добавили, что никто и никогда не изучал последствия такого комбинированного нападения живых вирусов трех инфекций, в то время как педиатрам прекрасно известно о том, как тяжело протекают несколько инфекционных болезней одновременно, и заключили: «В контексте вакцины MMR один плюс один плюс один никогда не равняется трем».

742

Например, если до 1980 г. аутизм диагностировался у 1 из 10 000 детей, то теперь, согласно данным Национального института здоровья (NIH) им в США страдает 1 из 250, причем в некоторых штатах увеличение оказалось еще более значительным (до 1 из 166). По оценкам независимых организаций, прирост аутизма и болезней аутистического спектра составляет 10 % в год.

743

Coulter H. L. Vaccination, Social Violence and Criminality. The Medical Assault on the American Brain. Washington, 1988, pp. xiii-xiv. Развивая теорию связи прививок с нарушениями развития мозга, Култер цитирует (p. 156) Чарльза Поузера с кафедры неврологии медицинского факультета Гарвардского университета, написавшего: «Почти каждая… прививка может привести к неинфекционной воспалительной реакции, вовлекающей нервную систему… Общим знаменателем при этом является васкулопатия… часто сочетающаяся с демиелинизацией» *(PoserC. H.* Neurologic Syndromes that Arise Unpredictably. *Consultant* January, 1987; 45–55). По имеющимся оценкам, сегодня в России от синдрома дефицита внимания с гиперактивностью страдают от 7 до 28 % детей *(Ноговицына О. Р., Лееитина Е. В.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: распространенность, диагностика и коррекция у детей. *Российскийпедиатрическийжурнал,* 2005, 3, с. 18–20).

744

Wakefield A. et al. Heal nodular hyperplasia, non-specific colitis and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 1998; 351:637-41.

745

Uhlmann V. et al. Potential viral pathogenic mechanism for new variant inflammatory bowel disease. *Molecular Pathology* 2002; 55(2):84–90.

746

Kielinen M. et al. Autism in Northern Finland. *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry* Sept 2000; 9:162-7.

747

Например, сенатор-республиканец из Индианы Дан Бертон, на глазах которого совер– шенно здоровый и прекрасно развивавшийся до того внук за несколько дней превратился в аутиста, получив за один раз 9 вакцин (из них 7 – содержащих тимеросал), добился проведения парламентских слушаний по проблемам безопасности вакцин, на которых выступили родители детей, убитых и искалеченных прививками, а также специалисты, не разделяющие мнение медицинской бюрократии об отсутствии связи между прививка– ми и тяжелыми заболеваниями, включая аутизм, развившимися после них.

748

TaylorB. et al. Autism and measles, mumps, and rubella vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *Lancet* June 12, 1999; 353(9169):2026-9. Позднее выяснилось, что главный автор публикации, д-р Брент Тейлор, состоял на довольствии компаний «Виет» и «Смит Клайн Бичем».

749

MadsenK.M. et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *N. Engl. J. Med.* Nov 7, 2002; 347(19):1477-82.

750

Goldman G. S., Yazbak E. F. An investigation of the association between MMR vaccination and autism in Denmark. *Journal of American Physicians & Surgeons* 2004; 9(3):70–75.

751

Honda H. et al. No effect of MMR withdrawal on the incidence of autism: a total population study. *JournalofChildPsychologyandPsychiatry* 2005, 46(6).

752

Sikker W. Developmental neurotoxicology of therapeutics: survey of novel recent findings. *Neurotoxicology* 2000; 21:250.

753

Cm. *Geier M. R., Geier D. A.* Neurodevelopmental Disorders Following Thimerosal-Contain– ing Vaccines. *Experimental Biology & Medicine* 2003; 228:660–664, *Geier M. R., Geier D. A.* Thimerosal in childhood vaccines, neurodevelopment disorders, and heart disease in the United States. *Journal of American Physicians & Surgeons* 2003; 8(1):6-11, *Geier D. A., Geier M. R.* An Assessment of the Impact of Thimerosal on Childhood Neurodevelopmental Disorders. *Pe– diatric Rehabilitation* 2003; 6:97-102.

754

Geier D.A., Geier M. R. Early Downward Trends in Neurodevelopmental Disorders Following Removal of Thimerosal-Containing Vaccines. *JournalofAmericanPhysiciansandSurgeons* 2006; 11(1): 8-13.

755

См. *Singh V.K.* Immunotherapy for brain disease and mental illnesses. *Progress in Drug Research* 1997; 48:129–146, *Singh V. K. et al.* Antibodies to myelin basic protein in children with autistic disorder. *Brain Behavior and Immunity* 1997; 7:97-103, *Singh V. K. et al.* Serological association of measles virus and human herpesvirus-6 with brain autoantibodies in autism. *Clin. Immunol. Immunopathol.* 1998; 89:105–108, *Singh V. K.* Neuroimmunopathogenesis in autism. In: *Neurolmmune Biology: New Foundation of Biology* 2001; vol. 1:443–454, *Singh V. K. et al.* Abnormal measles-mumps-rubella antibodies and autoimmunity in children with autism. *Journal of Biomedical Science* 2002; 9:359–364, *Singh V. K., Jensen R. L.* Elevated levels of measles antibodies in children with autism. *PediatricNeurology* 2003; 28:292–294.

756

Согласно имеющимся данным, среди меннонитов было обнаружено всего 3 случая ау тизма, все – у ранее получивших прививки усыновленных детей (двое из США, один из Китая). Вообще лишенные тени пиетета к прививкам обычаи меннонитов, равно как свидетелей Иеговы и последователей «Христианской науки» (Christian Science) крайне раздражают вакцинаторов, ибо дети именно из этих общин дают ту самую группу для сравнения здоровья привитых и непривитых, само наличие которой в тотально привитой Америке вакцинаторы яростно отрицают.

757

OlmstedD. The Age of Autism: 'A pretty big secret'. *UnitedPress**International,***dec. 7,2005.

758

«Судебный процесс будет беспрецедентным, выплаты составят миллиарды долларов, сотни, а может и тысячи карьер окажутся подпорченными, а некоторые будут разрушены навсегда», – такими словами на конференции по аутизму, состоявшейся в Иллинойсе (Чикаго) 29 мая 2004 г., предрек возможное развитие событий конгрессмен д-р Дэйв Уэлдон, о котором я упоминал в главе «Поствакцинальные осложнения».

759

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с 136.

760

ChristensonB., Bottiger M. Measles antibody: comparison of long-term vaccination titres, early vaccination titres and naturally acquired immunity toand booster effects on the measles virus. *Vaccine* Feb 1994; 12:129-33.

761

«Наиболее низкую заболеваемость (в доприививочные времена. – *А. К*.) регистрировали среди детей до 1 года жизни, защищенных материнскими антителами» *(Покровский В. И*. Эволюция… с. 264).

762

Об этом известно было уже достаточно давно, но никаких трюков в обход естественных законов придумать не вышло. В 1984 г. два советских автора писали: «В последующем все большее количество детей будет рождено матерями, ранее привитыми против кори и не болевшими ею. Возможно, у таких детей врожденный иммунитет будет недостаточ– но выраженным, что потребует их иммунизации в более ранние сроки после рождения. Этот вопрос… нуждается в изучении» *(Сергеев В. П.* Актуальные… с. 31). Двадцатилет– нее изучение вопроса, как мы видим, пока что ничего не дало и очень сомнительно, что может что-то дать в будущем.

763

Adu F. D., *AdenijiJ. A.* Measles antibodies in the breast milk of nursing mothers. *Afr.J.Med.Sci.* Dec 1995; 24:385-8.

764

Никитюк Н. Ф. Состояние иммунитета к кори у беременных женщин. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2000, 1, 17–19. Довольно интересно авторское объяснение такого различия в уровне иммунитета между городскими и деревенскими жительницами. «Вы–явленная закономерность связана с особенностями организации прививочной работы в городской и сельской местности. Отдаленность сельских лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) от города затрудняет соблюдение должного температурного режима при транспортировке живой коревой вакцины. Имеют место и нарушения, связанные с хранением препарата, чаще выявляемые в ЛПУ сельской местности (отсутствие холодильного оборудования в достаточном количестве, удлинение срока реализации препарата, отключения электроэнергии и др.)». Мне представляется, что это объяснение отражает не столько «особенности организации прививочной работы», сколько недостаточное понимание автором законов эпидемиологии. Число контактов в городе и в деревне различается в десятки и сотни раз, а потому и возможностей получения коревых антигенных «толчков» в городе, соответственно, в десятки и сотни раз больше. Отсюда вполне понятно, что горожанки имеют лучший иммунитет к кори.

765

Maldonado Γ. A. et al. Early loss of passive measles antibody in infants of mothers with vac cine-induced immunity. *Pediatrics* Sept 1995; 96:447-50.

766

Janaszek W., Slusarczyk J. Immunity against measles in populations of women and infants in Poland. *Vaccine* June 2003; 21:2948-53.

767

У 111 младенцев матерей, привитых в детстве, не было обнаружено антител уже к возрасту 6 мес. *(Dayton L.* Measles Vaccination May Not Protect for Life. *New Scientist* (Canada) November 1989; vol. 4 p. 6).

768

Tobias M. et al. Measles immunity in children: the 1985 national immunisation survey *NZ Med. J.* May 27, 1987;100(824):315-7.

769

Miller M. etal. Measles among adults, United States, 1985–1995. *Am. J. Prev. Med.* Aug 1999; 17:114-9.

770

Покровский В. И. Эволюция… с. 271.

771

См. прим. 10. Там же д-р Донеган отметила: «Если внимательно присмотреться к детям, преодолевшим инфекционное заболевание при правильном уходе, всегда можно заметить, что они научились чему-то новому, в зависимости от возраста и обстоятельств. У младенца может вылезти зуб; малыш, натыкавшийся на углы, начинает ходить ловко и уверенно; шестилетний ребенок, которому не давалось чтение, внезапно начинает читать. Подобно змее, вылезающей из старой шкуры, чтобы вырасти, ребенок проходит через такие кризисные моменты перед тем, как подняться на очередную ступеньку. Мне часто попадались дети, не вылезавшие из соплей или страдавшие множеством бородавок, после чего и то и другое полностью очищалось здоровым периодом ветрянки. Подобные инфекционные заболевания не очищают популяцию по жестокому дарвинистскому принципу, убивая слабых и оставляя размножаться только сильных; они, напротив, дают возможность каждому отдельно взятому ребенку привести в порядок свою иммунную систему и достичь лучшего здоровья, на которое он способен».

772

См. также статью *PapaniaM.etal.* Increased susceptibility to measles in infants in the United States. *Pediatrics* Nov 1999; 104:e59, в которой указывается, что дети матерей, рожденных после 1963 г. (когда началось массовое прививание кори), почти *в три раза более восприимчивы в младенческом возрасте к кори,* чем дети матерей, родившихся до 1963 г.

773

Сергеев В. П. Актуальные… с. 30.

774

BoulianneN.etal. Major measles epidemic in the region of Quebec despite a 99 % vaccine coverage. *Can.J. Public Health* May-June 1991; 82(3):189-90.

775

PolandG. A., Jacobson R. M. Failure to reach the goal of measles elimination. Apparent para– dox of measles infections in immunized persons. *Arch. Intern. Med.* Aug 1994; 154:1815-20.

776

Poland G. A. et al. Measles reimmunization in children seronegative after initial immuniza– tion. *JAMA* Apr 1997; 277:1156-8.

777

MMWR 1999; 47:1109–1111. Энкеридж известен из прививочной истории также событи– ями 1988 гг. Отряды вакцинаторов, организованные Индийским госпиталем Энкериджа, прибывали в школы и силой делали детям прививки от гепатита В. Мнением родителей никто не интересовался. Аналогичные отряды, которые уместнее было бы назвать эска– дронами смерти, по приказу Туземного госпиталя (Native Hospital) прививали без разбо– ра всех детей в эскимосских деревнях. Около 100 детей в Бетеле после прививок заболе– ли, и многие из них скончались. Родителям объяснили, что всему виной «совпавшая» с прививками вспышка инфекции, вызванная респираторно-синцитиальным вирусом.

778

Ammari L.K. et al. Secondary measles vaccine failure in healthcare workers exposed to infected patients. *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* Feb 1993; 14:81-6.

779

Feikin D. R. et al. Individual and community risks of measles and pertussis associated with personal exemptions to immunization. *JAMA* Dec 27, 2000; 284(24):3145-50.

780

Я не смог достать эту статью из экзотического журнала, а потому не знаю, пытался ли автор дать какое-либо обоснование этому факту. Скорее всего, это связано как с незрелостью иммунной системы младенца, так и с материнскими антителами против кори, нейтрализующими вакцинные. При этом вероятен обратный эффект, что и может объяснить заболеваемость корью в столь нехарактерном для этого возрасте.

781

KenyaP.R. Measles and mathematics: control or eradication? *East Afr. Med. J.* Dec 1990; 67(12):856-63.

782

Oshitani H. et al. Measles infection in hospitalized children in Lusaka, Zambia*Ann. Trop.Paediat.* June 1995; 15:167-72. Конечно, однозначную оценку какой-либо пользы вакци– ны на основании этих данных сделать трудно. Ведь неизвестно истинное число забо– левших корью (регистрировались только поступившие в больницу) и неизвестны при– чины, по которым не делались прививки. Вполне возможно, из-за тяжелых фоновых болезней.

783

Mahomva A. I. et al Evaluation of a measles vaccine efficacy during a measles outbreak in Mbare, City of Harare, Zimbabwe. *Cent. Afr. J. Med.* Sept 1997; 43:254-6.

784

Report of a meeting on research related to measles control and elimination. Geneva, 27–29 March, 2000. WHO, Geneva, 2000, p. 8.

785

«Каждый второй ребенок» (Every Second Child, 1974) и «Витамин С: чудесная целитель– ная ракета природы» (Vitamin C: Nature's Miraculous Healing Missile, 1993).

786

Даже при том, что недоедание характерно и для детей в некоторых бедных азиатских странах, все же там оно не имеет таких катастрофических размеров, а потому и смертность там намного ниже, чем в Африке. См., например, *Bhaskaram P.* Measles & malnutrition. *Indian J. Med. Res.* Nov 1995; 102:195-9. – *A. K.*

787

International Vaccine Newsletter June 1995. Далее в интервью д-р Калокеринос отвечает также на вопрос относительно того, в какой форме следует давать витамин С. По его мне– нию, для профилактики болезни годятся и таблетки, но при серьезной болезни совершен– но необходимо внутривенное введение, в крайнем случае – внутримышечное. Фредерик Кленнер писал, что внутривенное или внутримышечное введение 1000 мг витамина С каждые 6 часов гарантировало от заболевания корью, а 1000 мг во фруктовом соке каж– дые 2 часа защищали лишь в том случае, если давались круглосуточно. Эти 1000 мг тем же способом введения и с той же частотой справлялись с корью за 48 часов *(KlennerF.R.* The Treatment of Poliomyelitis and Other Virus Diseases with Vitamin C). Статья имеется на ряде сайтов в Интернете.

788

Weiss R. Measles battle loses potent weapon. *Science* Oct 1992; 258:546–547.

789

Kristensen I. et al. Routine vaccinations and child survival: follow up study in Guinea-Bissau, West Africa. SM/2000; 321:1435–1438.

790

Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 92.

791

Bennett J. et al. Seroconversions in unvaccinated infants: further evidence for subclinical measles from vaccine trials in Niakhar, Senegal. *Int.J.Epidemiol.* Feb 1999; 28:147-51.

792

Постовит В. А. Детские капельные инфекции у взрослых. М, 1982, с. 184–185.

793

MatsuzonoY.etal. Measles encephalomyelitis in a patient with a history of vaccination. *Acta Paediatr. Jpn* June 1995; 37:374-6.

794

Bellanti J. A. Biologic significance of the secretory gamma A immunoglobulins. *Pediatrics* 1971; 48(5):715–729.

795

Black F. L. et al. Inadequate immunity to measles in children vaccinated at an early age: effect of revaccination. *Bull.WHO* 62 (92):315–319.

796

Покровский В. И. Эволюция… с. 269.

797

Аманджолова Р. С. и др. О тревожных результатах наших исследований//Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

798

JoetF.etal. Survey… Европейский форум наблюдения за прививками (точнее даже «бдительности в отношении прививок» – Europen Forum for Vaccine Vigilance) был создан испанской организацией *LigaparalaLibertaddeVacunaciones* и французской *AssociationLiberteInformationSante* в 1998 г. и сегодня включает в себя независимые организации, требующие свободы информированного выбора в отношении прививок, практически всех западноевропейских стран. Целью его деятельности является изучение побочных эффектов прививок, публикация независимых статистических данных о реальном количестве поствакцинальных осложнений, просвещение населения в отношении риска, с которым связаны прививки, и др. Дополнительную информацию можно получить на сайте http://www.efvv.org

799

NeustaedterR. The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California 1996, p. 145.

800

Priorix ® Consumer Medicine Information Leaflet,pp. 2–3.

801

Ibid., p. 4.

802

Профилактические прививки в практике педиатра. Киев, 1975, с. 198–199. Сравните это с беззастенчивым «Осложнения при введении коревой вакцины обычно не возникают» *(Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 138), слово в слово повторенным в *Тимченко В. Н. и др.* Все о детских прививках. СПб, 2003, с. 52.

803

инистерство здравоохранения СССР. Оперативные приказы (ДСП). Приказ от 11 марта 1981 г. «О создании комиссии для рассмотрения причин рекламации на коревую вакцину, экспортированную в Турцию». ГАРФ, фонд 8009, опись 50, дело 9138, л. 103.

804

Weibel R. E. et al. Acute encephalopathy followed by permanent brain injury or death associat– ed with further attenuated measles vaccines: a review of claims submitted to the National Vaccine Injury Compensation Program. *Pediatrics* March 1998; vol. 101, n. 3, 1:383–387. Поскольку тра– диционно сообщается о весьма небольшом количестве реально произошедших осложне– ний, а произвольно установленные временные границы, позволяющие связать прививку и случившуюся вслед за нею болезнь, автоматически отсекают значительный процент сооб– щений, то можно предположить, что слово «редкий» вряд ли точно отражает картину.

805

Сообщение *AFP* от 25 октября 2005.

806

OkunoY.atal. Incidence of subacute sclerosing panencephalitis following measles and mea– sles vaccination in Japan. *Int.J.Epidemiol.* Sept 1989; 18:684-9.

807

Modlin J. et al. Epidemiologic studies of measles, measles vaccine, and subacute sclerosing panencephalitis. *Pediatrics* Apr 1977; 59:505-12. Для полноты картины добавлю, что автор этой статьи Дж. Модлин – известный американский пропагандист прививок, под руководством которого в 1999 г. американский каучуковый Совещательный комитет по иммунизационной практике безоговорочно проштамповал рекомендацию ротавирусной вакцины для новорожденных, включая и недоношенных, без малейших научных данных, свидетельствующих о безопасности этого мероприятия. После серии сообщений о тяжелой диарее и, кроме того, 113 случаях кишечной непроходимости у младенцев, два из которых закончились смертью, вакцина RotaShield со скандалом была отозвана с рынка. Само собой разумеется, что виноватых не нашлось. В своем выступлении в сенате США 15 июня 2000 г. сенатор Дан Бертон сообщил, что сам Модлин имел приличный пакет акций в «Мерке» – компании-производителе вакцины, а другие члены Совещательного комитета имели от «Мерка» гранты на научные исследования и получали различные ценные подарки. Так становятся «совершенно необходимыми» вакцины для наших детей.

808

См. *Alter M.* Is multiple sclerosis an age-dependent host response to measles? *Lancet* Feb 1976; 1:456-7 и статью того же автора и под тем же названием в *Neurol.Neurocir. Psiquiatr.* 1977; 18:341-55.

809

Zorzon M. et al. Risk factors of multiple sclerosis: a case-control study. *Neurol.Sci.* Nov 2003; 24(4):242-7.

810

Так, два американских автора проследили за судьбой 386 привитых убитой коревой вакциной в 1961 г. Из этого числа 125 имели впоследствии контакт с вирусом кори и 54 (то есть больше трети) заболели корью, из них 9 – в ее атипичной форме, многим потре–бовались госпитализация и длительное лечение из-за пневмонии *(RauhL.W.,SchmidtR.* Measles immunization with killed virus vaccines. *Am.J.Dis.Child.* 1965; 109:232–237).

811

MMWR October 4, 1984.

812

HeinonenO. et al. Total elimination of measles in Finland. *Ann. Med.* Apr 1998; 30(2):131-3.

813

Garly M. L., Aaby P. The challenge of improving the efficacy of measles vaccine. *ActaTrop.* Jan 2003; 85:1-17.

814

Tuomilehto J. et al. Epidemiology of childhood diabetes mellitus in Finland – background of a nationwide study of type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus. The Childhood Diabetes in Finland (DiMe) Study Group. *Diabetologia* Jan 1992; 35:70-6. Или: «Финских исследова– телей заинтересовал тот факт, что в Карелии – крае со схожими природными и клима– тическими условиями – уровень заболеваемости сахарным диабетом в несколько раз ниже, чем в соседней Финляндии» (сообщение *Regions.ru* от 12 января 2004 г.), и вообще, как выяснилось, финны сильно страдают от различных аутоиммунных болезней… С че– го бы это? Может, ответ найдется в недавней статье американских исследователей о связи сахарного диабета 1-го типа с прививкой MMR? См. *Classen J.B., Classen D.C.* Clustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2–4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals. *J.Pediatr.Endocrinol.Metab.* Apr-May 2003; 16:495–508.

815

Яновская Э. Ю. Прогнозируемая частота, методы раннего выявления и профилактика сахарного диабета у детей. *Педиатрия,* 2003, 1, с. 96–100.

816

Заглянувший в Россию на огонек вспышки дифтерии ВОЗовский штатный вакцинатор К. Рур так относительно кори и поучал: «Ни один нормальный ребенок не должен остаться невакцинированным. Приоритетом должен быть высокий охват прививками детей млад–шего возраста… К 1997 г. ни в одной стране не должно остаться ни одного района с охватом прививками менее 95 % в возрасте 2 года» (Совещание по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург, 5–7 июля 1993 г. СПб, 1993, с. 5). Ему благоговейно внимали… К сожале–нию, эти и подобные им откровения были выпущены стыдливым тиражом всего в 800 экз.

817

Вот косвенное указание одного российского автора на эту настораживающую тенден– цию: «С введением в широкую практику живой коревой вакцины заболеваемость корью в стране снизилась в 8-17 раз… Однако в последние годы наметился рост заболеваемости как в отдельных районах, так и в целом по стране. Одной из причин, вызвавших увеличение количества непривитых, является недостаточно полный охват населения прививками… Неуклонный рост и усугубление тяжести аллергических заболеваний, наметившийся в последние годы, в том числе и среди детей, привел к тому, что именно этот контингент чаще всего не охватывается профилактическими прививками» *(Каральский С. А.* Клинико-иммунологическая оценка поствакцинальных реакций у детей при проведении противокоревых прививок. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Саратов, 1986, с. 1).

818

Moss W. J. et al. Implications of the human immunodeficiency virus epidemic for control and eradication of measles. *Clin.Infect.Dis.* July 1999; 29:106-12.

819

Бургасов П. Н. Итоги выполнения рекомендаций XVI Всесоюзного съезда микробио– логов и эпидемиологов и очередные задачи в области борьбы с инфекционными заболе– ваниями в СССР. *ЖМЭИ,* 1984, 7, с. 12.

820

Agrawal Y. R. Measles amp; Smallpox. Delhi, 1980, p. 16.

821

Эти цифры достаточно условны и сильно варьируют в разных странах и регионах. «Ан джапаридзе О. Г. и Червонский Г. И. (1975) отмечали, что количество восприимчивых к краснухе беременных женщин, которым грозит непосредственная опасность заражения, колеблется в небольших пределах – от 3 % в Армении до 8 % в Хабаровске. В Москве оно составляло 6 %. Более высокий процент восприимчивых среди женщин детородного возраста отмечен в Киргизии и Гурьеве – 11–15 %» *(Семенов В. М. и др.* Краснушная инфекция. Минск, 1994, с. 25). Или: «Серологические и эпидемиологические исследования

822

От совершенно фантастических цифр в *90 % случаев врожденной краснухи* для первого триместра и 25 % для второго *(Abramowsky C.* Pathology of Infectious Diseases. 1997, vol. 1. p. 306) до выглядящих намного более логичными «30–50 % в течение первых четырех недель беременности, 35 % – с пятой по восьмую, 8 % – с девятой по двенадцатую. Небольшой риск глухоты с тринадцатой по шестнадцатую недели. Средний риск пороков развития в течение первого триместра беременности – около 20 %» (Krugman's infectious diseases of children. 10th ed., 1998, p. 412). Российские авторы тоже разнятся в оценках. Вот один пример: 60 % для первых трех-четырех недель беременности, 15 % – для 9-12 недель и 7 % на 13–16 неделе *(Лобзин Ю. В., Плотников К. П.* «Детские» инфекции. СПб, 2001, с. 72–73).

823

Chaitow L. Vaccination and Immunization: Dangers, Delusions and Alternatives. England, Rev. ed. 1998, p. 159. Австралийский гомеопат Айзек Голден предлагает немного другую схему: *Rubella* 200 или *Pulsatilla* 30 два раза в неделю в течение двух недель. Кроме того, Голденом предлагается альтернативная «вакцинация» девочек: один прием *Rubella* 1M (1000C) в возрасте 12 и 14 лет. См. главу «A Specific Homoeopathic Program» его книги *Golden I.* Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998. Благодарю Д-ра Айзека Голдена, любезно предоставившего в мое распоряжение свои оригинальные материалы по гомеопрофилактике.

824

Краснуха как обычная инфекционная болезнь и так называемый синдром врожденной краснухи были включены в статистические отчеты в США лишь в 1966 г., поэтому точные цифры неизвестны.

825

Bitsch M. Rubella in pregnant Danish women 1975–1984. *Dan. Med. Bull.* March 1987; 34(l):46-9.

826

Отмечу, что оценка в 15 % взята мною из статьи российских авторов *Semerikov V. V. et al.* Rubella in the Russian Federation: epidemiological features and control measures to pre vent the congenital rubella syndrome. *Epidemiol. Infect.* Oct 2000; 125:359-66 и относится к статистике по Пермской области за «допрививочные» 1979–1997 гг.

827

Так, в ряде религиозных школ разных стран мира по этой причине вакцинаторам бы ло указано на дверь. См. Catholic School Refuses Vaccinations *(Milwaukee Sentinel* 27 Oct. 1994), Rubella Vaccine Creates Problems *(Daily Citizen* 17 Nov. 1994), Vaccine Breeds Moral Dilemmas In Britain *(Daily Citizen* 19 Nov. 1994), Rubella Vaccine Riles Pro-Lifers *(Sunday Star-Times* (NZ) 27 Nov. 1994), Shot Down: Prep School Rejects Rubella Vaccine *(Atlanta Con stitution* 27 Nov. 1994).

828

Studies of Immunization with Living Rubella Virus. *Arch. J. Dis. Child.* Vol. 110. Oct 1965.

829

«Еще одной проблемой применения краснушной вакцины является тератогенный потенциал вакцинных штаммов, то есть инфекция плода может быть результатом вакцинации аттенуированной вакциной против краснухи во время беременности… Ежегодно в ряде европейских стран регистрируется более 40 случаев прерывания беременности вследствие непреднамеренной вакцинации во время ее развития» *(Семенов В. М.* Краснушная…, с. 90). Термин «непреднамеренная вакцинация» безусловно заслуживает быть помещенным в паноптикум медицинских нелепостей.

Сравните со следующим: «…Введение вакцинации против краснухи в календарь профилактических прививок России является решающим шагом на пути профилактики заболевания и осуществления задачи, поставленной Европейским отделением ВОЗ, – *ликвидации врожденной краснухи и краснухи среди беременных* к 2000 г.» (выделено мной – *А. К.*) *(Учайкин В. Ф., Шамшева О. В.* Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 147). О 2000 г. речь идет в книге, выпущенной в 2001 г., лишь потому, что ее авторы бездумно переписали эту фразу из книги Н. В. Медуницына «Вакцинопрофилактика», выпущенной в 1999 г., добавив от себя про «решающий шаг». Оцените, однако, по достоинству это открытое признание того, что сами дети по определению ничего не могут выиграть на этой кампании, осуществляемой ради блага взрослых женщин! Не очень понятно, почему надо по-холуйски угодливо мчаться выполнять очередную несбыточную «задачу, поставленную Европейским отделением ВОЗ» (были уже аналогичные успешно провалившиеся программы и по кори, и по полиомиелиту), словно в России не существует ни собственных интересов, ни собственной политики в области здравоохранения (на это обратила внимание и Г. П. Червонская в своем материале, входящем в доклад «Вакцинопрофилактика и права человека», РНКБ, 1994). Уже упоминавшийся в главе о кори ВОЗовский вакцинатор К. Рур не забыл напомнить и о необходимости беспощадной борьбы с краснухой у детей: «В странах, где уже достигнут 90 %-ный уровень охвата прививками детей к возрасту 2 года, к 1995 г. должно вакцинироваться не менее 95 % детей независимо от их пола: остальные страны должны достигнуть такого уровня охвата прививками против краснухи к 1997 г. К 1997 г. ни в одной из стран не должно оставаться ни одного административного района с уровнем охвата прививками менее 95 % детей в возрасте 2 года. К 1995 г. во всех странах региона, где краснушная вакцина вводится девочкам школьного возраста, уровень охвата их прививками должен быть не менее 95 %» (Совещание по эпидемии дифтерии в Европе. Санкт-Петербург, 5–7 июля 1993 г. СПб, 1993, с. 5). Россияне взяли под козырек: «Вакцинопрофилактику

краснухи у детей целесообразно проводить одновременно с вакцинацией против кори и паротита. Вакцинацию следует осуществлять ежегодно и повсеместно с охватом не менее 95 % детей. При использовании моновалентной краснушной вакцины число привитых должно быть не менее 85 %» *(Покровский В. И.* Эволюция… с. 290).

831

Orenstein W. A. et al. Rubella vaccine and susceptible hospital employees. Poor physician participation. *JAMA* Feb 20, 1981; 245(7):711-3.

832

«Все краснушные вакцины малореактивны и поэтому реакции возникают редко. Они проявляются в основном спустя 5-12 дней после вакцинации синдромом, напоминающим легкий вариант краснухи: незначительное повышение температуры тела, кратко- временные высыпания мелкой пятнисто-папулезной сыпи, лимфоаденопатия. Еще реже встречаются артралгии, артриты, парестезии, боли в ногах и руках» *(Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 146). Вашими бы устами, господин Учайкин, да мед пить!

833

Gilmartin R. C. et al. Rubella vaccine myeloradiculoneuritis *J Pediatrics* 1972; 80(3):413–417.

834

Из последних сообщений можно отметить *CecilleA. et al.* A case report of post-rubella my- elitis in an adult. *Pathol. Biol.* (Paris) May 1999; 47:531-3 и *Tsuru A. et al.* Acute disseminated encephalomyelitis after live rubella vaccination. *Brain Dev.* June 2000; 22:259-61.

835

Петров В. Ю. и др. Острая тромбоцитопеническая пурпура у детей, ассоциированная с введением противокраснушной вакцины. *Педиатрия,* 2003, 6, с. 51–56.

836

Медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок препаратами национального календаря прививок (утв. главным государственным санитарным врачом РФ 9 января 2002 г.).

837

Joncas J. Preventing the congenital rubella syndrome by vaccinating women at risk *Can. Med. Ass.* 1983; 245 (7):711–713. Цит. по: *Scheibner V.* Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 117.

838

Menser M. et al. Rubella Infection and Diabetes Mellitus. *Lancet* January 14, 1978; pp. 57–60.

839

Coyle P. K. et al. Rubella-Specific Immune Complexes After Congenital Infection and Vaccination. *Infection and Immunity* May 1982; 36:2; pp. 498–503.

llen A. Is RA27/3 a Cause of Chronic Fatigue? *Medical Hypothesis* 1988; (27):217–220; *Lieberman A. D.* The role of the rubella virus in the chronic fatigue syndrome. *The Archives of Clinical Ecology* 1990, 7(3–4):51–54.

841

Bieser S. Chronic Fatigue Syndrom. *The Last Chance Health Report* 1993; vol. 3, (7):l-6.

842

Публикациям на тему связи краснушной прививки и артритов несть числа, и даже самый беглый поиск в таких доступных базах данных, как Medline, быстро обнаружит десятки статей на эту тему. Так, продолжающиеся от двух до семи лет артриты описаны, например, в *Tingle A.J.et al.* Prolonged arthritis, viraemia, hypogammaglobulinemia, and failed seroconver- sion following rubella immunization (letter). *Lancet* 1984; 1:1475-76 и *Tingle A. J. et al.* Postpar- tum rubella immunization: association with prolonged arthritis, neurological sequel, and chronic rubella viremia. *J. Inf. Dis.* 1985; 152:606–612. Согласно публикации того же автора, у 5 % привитых женщин симптомы артрита сохранялись в течение полутора лет после сделанной прививки *(Tingle A. J. et al. II Annals of the Rheumatic Diseases* 1986, 45:110–114). Недавние исследования, основанные на базе данных VAERS (см. главу о гепатите В), также указали на четкую и недвусмысленную связь этой прививки с артритами, длящимися дольше года: *Geier D. A., Geier M. R.* Rubella vaccine and arthritic adverse reactions: an analysis of the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) database from 1991 through 1998. *Clin. Exp. Rheu- matol.* Nov-Dec 2001; 19:724-6 и *GeierD. A., Geier M. R.* A one year followup of chronic arthritis following rubella and hepatitis B vaccination based upon analysis of the Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) database. *Clin. Exp. Rheumatol.* Nov-Dec 2002; *20:161-1* \. Комитетом экспертов американского Института медицины (ЮМ), охотно использующим любую уловку, чтобы обелить прививки, было, тем не менее, заявлено в 1991 г., что имеющиеся в его распоряжении свидетельства указывают на связь прививки против краснухи и артритов.

843

Science March 1977, p. 9.

844

Постовит В. А. Детские капельные инфекции у взрослых. М., 1982, с. 75.

845

Об этом я буду еще говорить в главе, посвященной полиомиелиту, пока лишь хочу указать на важность этой темы. Например, вот что пишет коллектив санкт-петербургских авторов об оральной полиовакцине: «Вакцинный вирус выделяется во внешнюю среду, поэтому он передается тем людям, кто не был иммунизирован в медицинском учреждении. Это особенно важно на территории, где охват населения прививками против полиомиелита остается пока на низком уровне» (Вакцинопрофилактика инфекций у детей в современных условиях. Методические рекомендации. СПб, 1998, с. 8). Неплохо бы российским законоведам проверить, насколько эта умышленная «вакцинация исподтишка» соответствует закрепленному в Законе об иммунопрофилактике инфекционных болезней № 157-ФЗ от 1998 г., ст. 5.1 *праву граждан на отказ от профилактических прививок.* И кто проверяет *наличие противопоказаний* при такой массовой вакцинации?!

846

В статье *Lefkowitz L. B. et al.* A controlled family study of live, attenuated rubella-virus vac cine *(New. Engl. J. Med.* July 1970; (283):229–232) авторы оценивают как «очень редкую» возможность передачи прививочного вируса тем, кто вступает в контакт с привитым, ссылаясь на исследование 1969 г., проводившееся в приюте для умственно отсталых детей и показавшее риск такой передачи 2–7%. См. также *Lambert H. P.* Rubella immuni- zation. *The Practitioner* Apr 1971; 206 (234): 467-71, где обсуждается случай заражения ребенка краснухой от недавно привитого сверстника.

847

Atkinson W. et al. Epidemiology and Prevention ofVaccine-Preventable Diseases, ed 5. Na- tional Immunization Program, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), January, 1999, p. 185.

848

Yazbak E. F., Lang-Radosh K L. Adverse Outcomes Associated with Postpartum Rubella or MMR Vaccine http://www.haciendapub.com/yazbak.html

849

Granai E. H. Are Some Cases of Autism Actually Subclinical, Congenital Attenuated Rubella Syndrome? A Collection of Data and Questions for Consideration and Review by the IOM Im- munization Safety Committee during the February 9, 2004 Meeting on the Topic of Vaccines and Autism.

850

ust M. et al. Duration of immunity after rubella vaccination: a long-term study in Switzer- land. *Rev. Infect. Dis.* Mar-Apr 1985; 7 Suppl l:S91-4.

851

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 146.

852

Семенов В. М. Краснушная… с. 89.

853

То, что жизнь всегда оказывается сложнее и изобретательнее самых точных прогнозов, демонстрирует сравнительно недавняя статья голландских авторов. Согласно математической модели, рассчитанной на компьютере, была предсказана элиминация вируса краснухи при переходе от селективной системы (прививки девочкам-подросткам и собирающимся беременеть женщинам) на систему массового прививания. Как компьютер сказал, так голландцы и поступили в 1987 г., начав прививать всех подряд и в любом возрасте. Десять лет спустя вирус был все еще жив и здоров, что авторы приписывают как низкой эффективности самой вакцины, так и постоянному импорту инфекции из-за рубежа, приводящим в своей совокупности к бессимптомному реинфицированию краснухой ранее привитых *(Van der Heijden O. G. et al.* A model-based evaluation of the national immunization programme against rubella infection and congenital rubella syndrome in the Netherlands. *Epidemiol. Infect.* Dec 1998; 121:653-71).

854

Allan B. Rubella immunization. *Aust. J. Med. Tech.* 1973, 4:26–27.

855

См., например, *Crowder M. et al.* Rubella susceptibility in young women of rural east Texas: 1980 and 1985. *Texas Medicine* 1987; 83:43–47 и *Bart K. J. et al.* Universal immunization to interrupt rubella. *Rev. Inf. Dis.* 1985, 7 (suppl.l):177–184.

856

Чтобы читатель не подумал, что речь идет о некоем единичном, казусном и отнюдь не делающем погоды наблюдении, отошлю его к следующим известным публикациям: *Ush- ida M. et al.* Congenital rubella syndrome due to infection after maternal antibody conversion with vaccine *(Jpn J. Infect. Dis.* Apr 2003; 56(2):68-9), *Condon R., Bower C* Congenital rubella after previous maternal vaccination *(Med. J. Aust.* June 15, 1992; 156(12):882), *Miron D., On A.* Congenital rubella syndrome after maternal immunization *(Harefuah.* Mar 1,1992; 122(5):291- 3), *Das B. D. et al.* Congenital rubella after previous maternal immunity *{Arch. Dis. Child.* May 1990; 65(5):545-6), *Saule H. et al.* Congenital rubella infection after previous immunity of the mother *(Eur. J. Pediatr.* Feb 1988; 147(2): 195-6), *Forsgren* M, *Soren L.* Subclinical ru- bella reinfection in vaccinated women with rubella-specific IgM response during pregnancy and transmission of virus to the fetus *(Scand J. Infect. Dis.* 1985; 17(4):337-41), *Enders G.* Rubella embryopathy after previous maternal rubella vaccination *(Infection* Mar-Apr 1984; 12(2):96-8), *Bott L. M., Eizenberg D. H.* Congenital rubella after successful vaccination *(Med. J. Aust.* June 12, 1982; l(12):514-5). Российский авторский коллектив также признает возможность такого развития событий. Уверенно заявив, что защитная сила вакцины равна 90 %, авторы сообщают: «У остальных (небольшого числа) потенциальных рожениц предупредить врожденную краснуху не всегда удается» *(Семенов В. М.* Краснушная… с. 90).

857

MMWR 1995,43; (53) 73–80. Цит. по: *Diodati C. J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 28.

858

Ibid., p. 18.

859

Chen F. P., Chu K. K. Subclinical rubella reinfection in pregnancy: report of a case. *J. Formos. Med. Assoc.* Mar 1993; 92(3):294-5.

860

Семенов В. М. Краснушная… с. 91.

861

Впервые инфекционная природа полиомиелита была показана в 1909 г. австрийскими учеными Карлом Ландштейнером (1868–1943), ранее открывшим группы крови, и Эрвином Поппером. Они ввели суспензию спинного мозга 8-летнего ребенка, умершего от полиомиелита, в полость черепа обезьянам, кроликам, морским свинкам и мышам. У обезьян развилась типичная картина паралитического полиомиелита. Остальные животные не пострадали *(Landsteiner K., Popper E.* Ubertragung der poliomyelitis acuta auf Affen. *Z. Immunitatsforsch.* 1909; 2:377).

862

Покровский В. И. и др. Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке М., 2003, с. 76. Те же цифры (1 на 100-1000) приводятся и в Poliomyelitis prevention in the United States: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* May 19, 2000.

863

Самарина В. Н., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб., М., 2000, с. 169.

864

Там же.

865

Там же, с. 172.

866

Там же, с. 168–69. Авторы добавляют: «После перенесенного полиомиелита остаются стойкие вялые параличи с атрофией мышц, контрактурами, деформациями суставов и конечностей, инвалидизирующие больных на всю жизнь», почему-то забывая добавить, в каком проценте случаев это происходит. А между тем, согласно разным авторам, *не менее* 30 % случаев параличей заканчиваются спонтанным выздоровлением безо всяких последствий.

867

Покровский В. И. Эволюция… с. 63.

868

Там же, с. 64.

869

Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, p. 150. Считается, что первая официально зарегистрированная эпидемия полиомиелита случилась в 1886 г. в Швеции.

870

Wyatt H. V. Provocation poliomyelitis: neglected clinical observation from 1914 to 1950. *Bull. Hist. Med.* 1981; 55:543–557.

871

Scheibner V. Vaccination… p. 145.

872

Gromeier M., Wimmer E. Mechanism of injury-provoked poliomyelitis. *J. Virol.* June 1998; 72(6):5056-60.

873

Mudur G. Flawed Immunization Polices in India Led to Polio Paralysis. *BMJ* April 25, 1998; 316:1261. Первая вспышка полиомиелита была зарегистрирована в Индии лишь в 1949 г. в Бомбее, причем именно тогда, когда в Индии началась кампания массовых прививок против дифтерии. Автор краткого руководства по гомеопатическому лечению полиомиелита, сообщивший об этом факте, ссылается на декана факультета гомеопатии при Лондонском Королевском гомеопатическом госпитале д-ра Д. М. Фубистера (1902–1988), утверждавшего, что распространение полиомиелита связано с прививками, в первую очередь против дифтерии *(Bhatia V. R.* Poliomyelitis. Infantile paralysis with homeopathic treatment. Reprinted edition. New Delhi, 2001, pp. 5–6).

874

Varghese M. Paralytic poliomyelitis in a rural area of north India. *Nat. Med. J. India* Jan-Feb 1997; 10(l):8-10 и *Wyatt H. V. et al*. Unnecessary injections and paralytic poliomyelitis in India. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg*. Sept-Oct 1992; 86(5):546-9.

875

Lambert S. M. A yaws campaign and an epidemic of poliomyelitis in Western Samoa. *J. Trop. Med. Hyg.* 1936; 389:41–46. Приведя статистику заболеваемости полиомиелитом во время этой кампании (первый случай выявился через неделю после первой инъекции), автор, вполне в духе воспитавшей его школы, заявил, что сам он… связи не усматривает.

876

Sutler R. W. et al. Attributable risk of DTP (diphtheria and tetanus toxoids and pertussis vac cine) injection in provoking paralytic poliomyelitis during a large outbreak in Oman. *J. Infect. Dis.* Mar 1992; 165(3):444-9.

877

Strebel P. M. et al. Intramuscular injections within 30 days of immunization with oral polio- virus vaccine – a risk factor for vaccine-associated paralytic poliomyelitis. *N. Engl. J. Med.* Feb 23, 1995; 332(8):500-6.

878

Покровский В. И. Эволюция… с. 70.

879

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 101.

880

Покровский В. И. Эволюция… с. 65.

881

Там же, с. 357.

882

Там же, с. 221.

883

Там же, с. 70.

884

Там же, с. 250.

885

Там же, с. 325.

886

Scheibner V. Vaccination… p. 146.

887

Bayley B. The Story of the Salk Anti-Poliomyelitis Vaccine, 1956.

888

«Симптоматический полиомиелит редко встречается в районах с плохой санитарией, поскольку она благоприятна для инфицирования в том возрасте, когда пассивный иммунитет, полученный от матери, смягчает клинические проявления» *(Menkes J. H.* Textbook of Child Neurology, 5th ed., 1995, p. 420).

889

Dresden D. Physiological Investigations Into The Action Of DDT. Arnhem, 1949 и *Biskind M. S.* Public Health Aspects of the New Insecticides. *Am. J. Dig. Dis.* 1953; vol. 20, p. 331.

890

Подробнее с этой гипотезой и исследованиями, на которых она базируется, читатели могут познакомиться на сайте *Images of Poliomyelitis*.

891

Sandier B. P. Diet prevents polio, 1951. Книга доступна на ряде сайтов в Интернете.

892

Jungeblut C. W., Engle E. T. Resistance to poliomyelitis. The relative importance of physiologic and immunologic factors. *JAMA* 1932; 99(25):2091-97.

893

Поскольку этот препарат относится к так называемым «малым лекарствам» и его патогенез представлен далеко не во всех известных руководствах, я могу рекомендовать читателям книгу Франса Вермюлена «Синоптическая Materia medica». М., 2002, ч. 2, с. 149–152.

894

Grimmer A. H. Homoeopathic prophylaxis. *IHA* June, 1949.

895

Цит. по: *Agrawal Y. R.* Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 38.

Д-р Агравал (там же) уточняет, что для *Lathyrus* характерны жесткость, ригидность икроножных мышц, заставляющие больного ходить на пятках, и спастический паралич, в то время как *Gelsemium* показан при катаральных явлениях в начале болезни, лихорадке и слабости в мышцах, ощущении разбитости.

897

ShepherdD. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, pp. 76–78.

898

Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5th ed., Australia, 1998, p. 138.

899

Homeopathic Herald January 1961. Цит. по *Agrawal Y.* Prophylactics… p. 37.

900

Иванив А. П. Materia medica, история и практика использования биотерапевтических средств (нозодов, саркодов и органопрепаратов) в гомеопатической и интегративной медицине. Одесса, 2002, с. 266.

901

Klenner F. Observations On the Dose and Administration of Ascorbic Acid When Employed Beyond the Range of a Vitamin in Human Pathology. *J. Appl. Nutr.* Winter 1971; vol. 23, no's 3 amp; 4. Подробнее о лечении полиомиелита Кленнер написал в другой своей статье The Treatment of Poliomyelitis and Other Virus Diseases with Vitamin C *Southern Medicine amp; Surgery* July 1949; vol. Ill, 7:209–214. Эта статья доступна в Интернете.

902

Решетникова З. Н. Изменение содержания витамина С и белковых фракций сыворотки крови при остром полиомиелите у детей. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Кишинев, 1962, с. 3.

903

Там же, с. 16–17.

904

Mulder D. W. Clinical observations on acute poliomyelitis. *Ann. NY Acad. Sci.* May 1995; 753:1-10.

905

Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, p. 43.

906

JAMA 1935, 105 (2)-152. Цит. по: *Bayley B.* The Story…

907

BMJ April 4, 1936. Цит. ibid.

908

Там же.

909

Обезьяна является священным животным в индуизме, а потому индийское правительство приняло все меры, чтобы этот экспорт оставался в тайне. После гибели от удушья 390 обезьян в аэропорту Лондона бывший тогда премьер-министром Джавахарлал Неру пытался в марте 1955 г. запретить дальнейший отлов обезьян, но под нажимом США и Великобритании вынужден был отменить свой запрет. По самым скромным подсчетам, за 1953–1956 гг. в США было переправлено не менее 100 тыс. обезьян. Похоже, обезьяны жестоко отомстили человеку за эту чудовищную бойню, о чем речь пойдет в этой главе далее.

910

Life April 25, 1955. Цит. по: *McBean E.* The poisoned needle. Suppressed facts about vac- cination. 1957.

911

Позднее отчет Френсиса-мл. был отпечатан отдельной брошюрой *Francis T. et al.* Evaluation of the 1954 vaccine trial. Poliomyelitis vaccine evaluation center, University of Michi- gan, Ann Arbor, Michigan, 12 April 1955, 50 pp. Как факт можно отметить, что Джонас Солк был одним из студентов бактериолога Томаса Френсиса-ст. в Нью-Йорке, а вместе с Френсисом-мл. в Мичиганском университете (где Солк благодаря протекции отца и сына Френсисов получил специальную стипендию) он разрабатывал вакцину против гриппа. Вопрос о том, было ли совпадением то, что именно Т. Френсису-мл. было поручено вынести вердикт по вакцине Солка, я считаю риторическим.

912

Расследование этого происшествия поставило вопрос о том, возможна ли даже в принципе гарантированно успешная инактивация вакцинных вирусов формалином. В частности, по той причине, что вирусы могут «слипаться» и покрываться протеиновым «мусором». Формальдегид не разрушает, а наоборот, укрепляет такую структуру. Увеличение концентрации формальдегида делает использование вакцины бессмысленным, т. к. теряются все вакцинные свойства вирусов, а если брать формалина недостаточно, то повышается риск выживания вирусов. См. *Veldee M. V. //New. Engl. J. Med.* 1955; 253:483. Цит. по: *Wilson G. S.* The Hazards… p. 46. Специалист по нервным болезням из Оксфорда д-р Ричи Рассел заявил: «Когда полиомиелит «вбрасывается» прививкой, то естественные защитные силы организма, вероятно, оказываются неэффективными. Поэтому почти все такие случаи развиваются в паралитическую форму болезни, поражая ту конечность, в которую делалась прививка» *(Lancet* May 21, 1955; р. 1071. Цит. по: *McBeanE.* The poisoned…).

913

Ibid.

914

New York Times, June 8, 1955. Цит. по: ibid.

915

American Capsule News October 15, 1955. Цит. по: *McBean E.* The poisoned… Срочно сделанная «работа над ошибками», впрочем, не предотвратила новых несчастий. Например, в Англии в 1962–1964 гг. вина прививки солковской вакциной была доказана (по временному совпадению) для 331 случая, из них 278 паралитических и 53 непаралитических *(Wilson G. S.* The Hazards… p. 47).

916

В Канаде с 1924 по 1951 г. все случаи полиомиелита – в любой его форме – шли в статистических отчетах под общим заголовком «полиомиелит». Однако в 1952 г. было решено, что полиомиелитом должны считаться только паралитические формы этой бо лезни. На вопрос, что же делать с преобладающими непаралитическими формами полио миелита, был получен ответ в 1959 г. – все непаралитические случаи превратились в ви русный (асептический) менингит. А поскольку массовые прививки против полиомиелита как раз пришлись на эти диагностические новшества, то им и приписали уменьшение заболеваемости полиомиелитом, которое, естественно, было прямым следствием измене ния в классификации болезней. В 1959 г., когда впервые непаралитический полиомиелит превратился в вирусный менингит, было зарегистрировано десятикратное увеличение заболеваемости этим менингитом. В следующие годы количество случаев полиомиелита резко уменьшилось, но число случаев «вирусного менингита» продолжило исчисляться сотнями с пиками каждые 3–5 лет. Полиомиелита стало меньше, вирусного менингита – больше. Общее число ОВП при этом оставалось практически неизменным, так как пере мена мест слагаемых сумму не изменила. См. *Diodati C. J. M.* Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, pp. 114–119. Из последних сообщений такого рода – после массовых прививок от полиомиелита число случаев ОВП в Афганистане в 1999–2000 гг. возросло с 230 до 253, а число случаев полиомиелита снизилось с 63 до 28 (Progress toward poliomyelitis eradication. Afghanistan, 1999–2000. *MMWR* March 2, 2001).

917

Ворошилова М. К. Иммунология, эпидемиология и профилактика полиомиелита и сходных с ним заболеваний. М., 1966, с. 376.

918

Outbreak of poliomyelitis in the Dominican Republic and Haiti, 2000 *MMWR* December 8, 2000.

919

Khalfan S. et al. Epidemics of aseptic meningitis due to enteroviruses following national immunization days in Bahrain. *Ann. Trop. Paediatr.* June 1998; 18(2):101-9. О возможности других энтеровирусов вызывать ОВП см. также *Chaves S. S. et al.* Coxsackie virus A24 infection presenting as acute flaccid paralysis. *Lancet* 2001; 357:605.

920

Wong M. Poliomyelitis-like syndrome associated with Epstein-Barr virus infection. *Pediatr Neurol.* Mar 1999; 20(3):235-7.

921

В СССР история с вирусом SV-40 также не осталась без внимания ученых (но отнюдь не широкой публики). В архивах Минздрава СССР имеется информация о том, что на Всесоюзной конференции по проблеме безопасности вирусных вакцин и вакцинопрофилактике гриппа, кори и оспы, состоявшейся 8-10 июля 1968 г. в Москве, в ряде докладов было «показано, что культуры почек обезьян (в т. ч. зеленых мартышек), даже после установленного карантина, контаминированы в 50–90 % случаев латентными вирусами… Конференция рекомендует:… считать недопустимым использование для производства живых вирусных вакцин ткани взрослых животных, особенно обезьян, наиболее контаминированных различными вирусами, в том числе и патогенными для человека. Сама система использования взрослых диких животных, с неизвестным анамнезом, не позволяет гарантировать от заноса еще неизвестных или пока не определяемых вирусов» (ГАРФ, фонд 8009, опись 50, дело 76, л. 25–26). Однако и ныне полиовирусы для вакцины Сэбина выращиваются на первичной культуре клеток почек африканских зеленых мартышек *(Медуницын Н. В.* Вакцинология. М, 1999, с. 161).

922

Bergsagel D. J. et al. DNA sequences similar to those of simian virus 40 in ependymomas and chorioid plexus tumours of childhood. *N. Engl. J. Med.* 1992; 326:988–993.

923

Farwell J. R. et al. Effect of SV40 virus-contaminated polio vaccine on the incidence and type of CNS neoplasms in children: a population-based study. *Trans. Am. Neurol. Assoc* 1979-104:261-4.

924

Carbone M. et al. Simian virus 40-like DNA sequences in human pleural mesothelioma. *Oncogene* 1994; 9:1781–1790.

925

Carbone M. et al. SV40-like sequences in human bone tumours. *Oncogene* 1996; 13:527–535.

926

Не говоря о многочисленных публикациях Герберта Ратнера в 1950-60-х гг., в которых он протестовал против фальсификации данных исследований и против разнузданной прививочной пропаганды, можно отметить, что в мае 1960 г. д-р Ратнер председатель ствовал на совещании экспертов в рамках 120-го ежегодного собрания Медицинского общества Иллинойса. Эксперты обсудили увеличивающееся количество случаев паралитической формы полиомиелита в США. Материалы совещания были опубликованы в августовском номере «Медицинского журнала Иллинойса» за 1960 г., заклеймившем вакцину Солка как несомненное мошенничество. Д-р Ратнер был философом, теологом, сторонником домашних родов и многодетных семей, активистом «Международной Молочной лиги», в которой он и неоднократно упоминающийся в этой книге педиатр Роберт Мендельсон были членами медицинского консультационного комитета.

927

Считается, что вирусом SV-40 были заражены как минимум 30 % всех выпускавшихся тогда вакцин Солка. См. *Shah K., Nathanson N.* Human exposure to SV40: review and com ment. *Am. J. Epidemiol.* 1976; 103:1-212.

928

Справедливости ради следует признать, что «Ледерле» имела на это право. Утвержденные 25 марта 1961 г. изменения в федеральных правилах, касающиеся производства оральных полиовакцин, не требовали полного отказа (discarding) от зараженных культур, но лишь вводили дополнительные критерии контроля, в том числе и двухнедельное наблюдение, которое, как было показано Карбоуном на вакцинах Г. Ратнера, могло быть недостаточным. Кроме того, как доказали позднее, предложенное двухнедельное наблюдение оказалось несостоятельным не только по причине краткости наблюдения, но и потому, что оно опиралось на количественные показатели присутствия SV-40. Вирус в количестве ниже определяемого чувствительностью метода мог оставаться в вакцинах.

929

Bookchin D. Vaccine scandal reveals cancer fears. *New Scientist* July 10, 2004.

930

Gazdar A. F. et al. SV40 and Human Tumours: Myth, Association or Causality? *Nat. Rev. Cancer* 2002;957-64

931

Относительно возможных молекулярных механизмов онкогенеза с участием SV-40 см., например, *Matker C. M.* The biological activities of simian virus 40 large-T antigen and its possible oncogenic effects in humans. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* Apr 1998; 53(2):193-7 или *MuttiL. et al.* Simian virus 40 and human cancer. *Monaldi Arch. Chest. Dis.* Apr 1998; 53(2): 198–201.

932

Имеется по меньшей мере один современный пример, когда прививки помогли вирусу перескочить межвидовой барьер: внезапно вспыхнувшая эпидемия собачьего парвови-Руса была, по всей вероятности, вызвана лабораторной ошибкой – в собачью вакцину попал вакцинный вирус кошачьей панлейкопении.

933

Curtis C. The Origin of AIDS. *Rolling Stone* March 19, 1992; 626:54–59, 61, 106, 108.

934

Elswood B. F., Strieker R. B. Polio vaccines and the origin of AIDS. *Med. Hypotheses* June 1994; 42:347; 54–74.

935

Reinhardt V., Roberts A. The African polio vaccine-acquired immune deficiency syndrome connection. *Med. Hypotheses* May 1997; 48:367.

936

Hooper E. The River: A Journey to the Source of HIV and AIDS. 1999.

937

Цит. по: *Diodati C. J. M.* Immunization… p. 72–73.

938

Не могу отказать себе в удовольствии в очередной раз процитировать д-ра Бразоля, писавшего в конце XIX в.: «Вместо того, чтобы направлять свои удары к искоренению последствий бедности, нужды, голода, неурожаев и нескончаемой вереницы людских страданий, положительно содействующих существованию эпидемий и их злокачествен- ности, и вместо того, чтобы искать причины зла и уничтожать его в самом корне, модная паразитная теория заразных болезней оставляет в полном пренебрежении первейшие требования рациональной гигиены, оставляет все по-старому… и задается единственной мыслью расплодить и рассеять по всему свету зародыши всевозможных инфекционных болезней. Вместо того чтобы уничтожать возбудителей болезни, она их увековечивает; вместо того, чтобы укреплять и сохранять организм, она его ослабляет и разрушает» *(Бразоль Л. Е.* Дженнеризм и пастеризм. Критический очерк научных и эмпирических оснований оспопрививания. Харьков, 1885, с. 45–46).

939

Покровский В. И. Эволюция… с. 68.

940

Случайно я узнал об этом происшествии из статьи «Нонна Кухина: мы многое пережили, переживем и это…», опубликованной в израильской газете «Вести» (приложение «Окна», 15.03.2001, с. 16). Мне удалось связаться с д-ром Нонной Кухиной, одной из троих выживших тогда детей; ныне она возглавляет известную компанию «Доктор Нонна». Д-р Кухина любезно подтвердила справедливость этой газетной информации и подчеркнула, что прививка делалась живой аттенуированной вакциной Сэбина. Просто для иллюстра ции: «Проф. М. П. Чумаков предложил применять… вакцину в очень удобной форме – в виде конфет-драже. По простоте применения, безвредности и высокой эффективности эту вакцину можно считать совершенной» *(Носов С. Д.* Дети не должны болеть. М., 1972, с. 63). Такая сладкая картина…

941

Громашевский Л. В. Вопросы частной эпидемиологии. Киев, 1987, с. 127.

942

Kew O. M. et al. Multiple genetic changes can occur in the oral poliovaccines upon replication in humans. *J. Gen. Virol.* Oct 1981; 56(Pt 2):337-47.

943

Wilson G. S. The Hazards… pp. 47–49.

944

Gaebler J. W. et al. Neurologic complications in oral polio vaccine recipients. *J. Pediatr.* June 1986; 108(6):878-81.

945

Andrus J. K. et al. Risk of vaccine-associated paralytic poliomyelitis in Latin America, 1989- 91. *Bull. World Health Organ.* 1995; 73(l):33–40.

946

Учайкин В. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 108.

947

Фролов А. В. и др. Иммунопрофилактика полиомиелита в Украине с использованием инактивированной вакцины. *ЖМЭИ,* 2005, 1, с. 49–53. Из 21 пострадавшего от ВАПП 8 остались инвалидами, остальные выздоровели.

948

Лещинская Е. В. и др. Случаи вакциноассоциированного паралитического полиомиелита в Российской Федерации в 2000–2002 гг. *Российский медицинский журнал,* 2004, 3, с. 20–23.

949

См., например, письма *Uhari M. et al. //Lancet* 1989 ii: 440–441 и *Yan Shen, Guohua Xia //Lancet* 1994, 344:1026.

950

Kinnunen E. et al. Incidence of Guillain-Barre syndrome during a nationwide oral poliovirus vaccine campaign. *Neurology* Aug 1989; 39(8):1034-6.

951

Friedrich F. Rare adverse events associated with oral poliovirus vaccine in Brazil. *Braz. J. Med. Biol. Res.* June 1997; 30(6):695–703.

952

Анцупова А. С. и др. Некоторые итоги изучения острых паретических заболеваний в г. Горьком // Полиомиелит в условиях массовой вакцинации. Неполиомиелитные энтеровирусные инфекции. Свердловск, 1975, с. 76. В 11,3 % случаев были обнаружены полиовирусы трех типов и различные штаммы вирусов Коксаки (с. 77). Примечательно, что «несмотря на легкость течения у 9,5 % болевших длительно, на протяжении нескольких лет, сохраняются парезы пораженных групп мышц» (с. 79).

953

Ковалева Е. П. Теоретическое обоснование снижения инфекционной заболеваемости. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1998, 3, 4–8. НДИ – Национальные дни имму низации.

954

Ehrengut W., Ehrengut J. Convulsions following oral polio immunization. *Dev. Biol. Stand.* 1979; 43:165-71.

955

Ozawa H. et al. Acute disseminated encephalomyelitis associated with poliomyelitis vaccine. *Pediatr. Neurol.* Aug 2000; 23:177-9.

956

Arlazoroff A. et al. Vaccine-associated contact paralytic poliomyelitis with atypical neuro logical presentation. *Acta Neurol. Scand.* Sept 1987; 76(3):210-4. Российский вакцинатор, перечислив иные, кроме ВАПП, возможные осложнения («проходящие спинальные монопарезы, полирадикулоневриты, гипертензионный синдром, судорожные реакции, неврит лицевого нерва, мозжечковая атаксия»), внезапно добавляет: «Живая полиомиелитная вакцина является безопасным и ареактогенным препаратом»! *(Медуницын Н. В*. Вакцинология. с. 163).

957

«…Контрольные исследования, проведенные в США и других странах, показали, что иммунизация (убитой вакциной. – *А. К.*) с последующим введением ОПВ не защищает вакцинированных детей от последующей пролиферации в их организме неаттенуированных вирусных ревертантов. Именно поэтому эта схема иммунопрофилактики полио миелита была подвергнута критике экспертами ВОЗ» *(Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 107). Тем не менее, необходимо отметить, что Голландия, например, *вообще* не применяла ОПВ, полагаясь исключительно на ИПВ, и ликвидировала полиомиелит в те же сроки, что и остальные европейские страны, сэкономив на искалеченных ОПВ.

958

Anti-polio vaccine Malians jailed. *BBC News* May 12, 2005.

959

Анисимова Т. Б. Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания. Р/н/Д, 2003, с. 10.

960

Недавно было сообщено о том, что в Бангладеш в течение месяца намерены привить от полиомиелита 18 млн детей после того, как им заболела девятилетняя девочка. До того полиомиелит не регистрировался в стране в течение почти 6 лет. Примечателен здесь факт, что пострадавшая в течение своей недолгой жизни была привита от полиомиелита… 12 раз. Вакцинаторскому рвению воистину нет предела. См. *Parveen A.* Bangladesh to Resume Polio Vaccine Push. *Associated Press* March 18, 2006.

961

Цит. по: *Червонская Г. П.* Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 125–126.

962

Заявляется, что ОПВ вызывает образование антител у 90–95 % привитых.

963

John T. J. Experience with poliovaccines in the control of poliomyelitis in India. *Public Health Rev.* 1993-94; 21(l-2):83–90.

964

Sharma M. et al. Paralytic poliomyelitis 1976–1988: report from a Sentinel Centre. *Indian Pediatr.* Feb 1990; 27(2): 143-50.

965

Singh J. et al. Epidemiological considerations on age distribution of paralytic poliomyelitis. *J. Trop. Pediatr.* Aug 1996; 42(4):237-41.

966

Reichler M. R. et al. Outbreak of paralytic poliomyelitis in a highly immunized population in Jordan. *J. Infect. Dis.* Feb 1997; 175 Suppl l:S62-70.

967

Sutler R. W. Outbreak of paralytic poliomyelitis in Oman: evidence for widespread transmis- sion among fully vaccinated children. *Lancet* Sept 21, 1991; 338 (8769):715-20.

968

Christopher P. J. Immunity to poliomyelitis in Sydney's children. *Med. J. Aust.* Feb 5, 1983; l(3)107ll

969

Сейбель В. Б. и др. Штаммоспецифические антитела как показатель циркуляции диких вирусов полиомиелита в популяции и их роль в формировании коллективного иммунитета. *ЖМЭИ,* 2004, 4, с. 26–31.

970

Самарина В. Н. Детские… с. 171.

971

Громашевский Л. В. Вопросы… с. 127–128.

972

Deivanayagam N... Nedunchelian K. Acute poliomyelitis in children: comparison of epidemiological and clinical features among immunized, partially immunized and unimmunized. *Indian Pediatr.* June 1991; 28(6):609-13.

973

Mathur G. P. et al. Poliomyelitis with special reference to immunization status. *Indian Pedi atr.* June 1991; 28(6):625-7.

974

Andrianarivelo M.R. et al. Wild poliovirus circulation among healthy children immunized with oral polio vaccine in Antananarivo. *Madagascar Trap. Med. Int. Health* Jan 1999; 4(l):50-7.

975

van Niekerk A. B. et al. Outbreak of paralytic poliomyelitis in Namibia. *Lancet* Sept 3, 1994; 344(8923):661-4.

976

Zadorozhnaia V. I. et al. The characteristics of poliovirus strains circulating in Ukraine in 1982–1994. *Mikrobiol. Zh.* Mar-Apr 1998; 60(2):44-9.

977

Онищенко Г. Г. и др. Вспышка полиомиелита в Чеченской республике в 1995 г. *Журнал микробиологии,* 1996, № 3 (приложение), с. 5–8.

978

Мартыненко И. Н. и др. Клиника острого полиомиелита в Чеченской республике в период вспышки 1995 г. *Журнал микробиологии,* 1996, № 3 (приложение), с. 8–10.

979

Покровский В. И. Эволюция… с. 75. Еще лучше картина заветного «охвата» выглядит у В. Учайкина: «В рамках этих кампаний двукратно дополнительно было привито более 11 млн детей в возрасте до 3-х лет с охватом 99,3 %» *(Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 102). Кто больше?

980

Тимофеева А. М. Беседы детского доктора. М., 2000, с. 133–135.

981

гнатов Н. Г. Организация комплексной информационной кампании против полиомиелита. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1998, 4, с. 9–11.

982

Прохоров Б. Б. Здоровье населения России в XX веке. М., 2001, с. 189.

983

Mendelsohn R. How to raise a healthy child… in spite of your doctor. NY, 1984, p. 252.

984

Shelton H. Vaccine and Serum Evils, 1960. См. также главу «Lockjaw caused by vaccination» книги *McBean E.* The poisoned needle. Suppressed facts about vaccination (1957) и статью *Pathel J. C et al.* Tetanus Following Vaccination Against Small-pox. *J. Pediatr.* July 1960; 27:251–263.

985

Быченко Б. Д. Столбняк. М., 1982, с. 25. Речь здесь идет о трагическом случае, про изошедшем 30 октября 1902 г. в деревне Малковала (Пенджаб, Индия). Последовавшее вслед за этим шумное разбирательство привело к тому, что д-р Владимир (Мордехай-Зе- ев) Хавкин (1860–1930), в бомбейской лаборатории которого была произведена вакцина, «спаситель Индии от чумы», в 1904 г. навсегда покинул Индию. Ныне его именем назван Бомбейский Научно-исследовательский институт, занимающийся разработкой вакцин, который автор настоящих строк посетил в 2002 г. Подробнее об этой истории можно про читать в увлекательной, хотя и достаточно поверхностной книге журналиста и писателя Марка Поповского (1922–2004) «Владимир Хавкин» (Иерусалим, 1990).

986

Bull. US Army Med. Dept. vol VII, no 4, April 1947.

987

Dittmann S. Atypische Verlaufe nach Schutzimpfungen. Leipzig, 1981, S. 156.

988

Например, 27 из 67 случаев столбняка (40 %), зафиксированных в Калифорнии в период с 1987 по 1997 г., произошли с наркоманами *(MMWR* March 6, 1998).

989

Cook T. B. et al. Tetanus: a review of the literature. *Br. J. Anaesth.* 2001; 87:477-87.

990

Peebles T. C et al. Tetanus-toxoid emergency boosters. A reappraisal. *NEJM* 1969; 280/11:575-81.

991

Diodati C. J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, p. 260, n. 10.

992

Rushdy A. A. et al. Tetanus in England and Wales, 1984–2000. *Epidemiol. Infect.* Feb 2003; 130:71-7.

993

Федеральный центр Государственного санитарно-эпидемиологического надзора Министерства здравоохранения Российской Федерации. Информационный сборник статистических и аналитических материалов. Инфекционные заболевания в России (1913–2002 гг.). М., 2003, с. 46 и «Инфекционная заболеваемость в Российской Федерации». Данные с официального сайта Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ.

994

Федеральный центр… с. 45–46.

995

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 130.

996

Медуницьш Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 145.

997

Федеральный центр… с. 45.

998

Golden I. Vaccination? A Review of Risks and Alternatives. 5lh ed., Australia, 1998, pp. 13–14.

999

Crosslight G. M., Howard B. Tetanus Immunization Status in Sydney Adults. *MJA* 1978; 2:313–316. Цит. по: *Golden 1.* Vaccination?., p. 76.

1000

Быченко Б. Д. Столбняк с. 42–43.

1001

Там же, с. 94.

1002

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 145; слово в слово повторено в кн.: *Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 135.

1003

Veronesi R. et al. New concepts on tetanus immunization: naturally acquired immunity. *J. Hyg. Epidemiol. Microbiol. Immunol.* 1975; 19:126-34.

1004

Murphy N. M. et al. Objective verification of tetanus immune status in an apparently non-im- mune population. *Br. J. Clin. Pract.* Jan-Feb 1994; 48(l):8–9.

1005

Matzkin H., Regev S. Naturally acquired immunity to tetanus toxin in an isolated community. *Infect. Immun.* Apr 1985; 48(l):267-8.

1006

Heat T. C. Tetanus immunity in a older Australian population. *Med. J. Aust.* May 1996; 164:593-6.

1007

Maple P. A. et al. Immunity to diphtheria and tetanus in England and Wales. *Vaccine* Sept 2000; 19:167-73.

1008

Edlich R. E. Management and prevention of tetanus. *J. Long. Term. Eff. Med. Implants*. 2003; 13:139-54.

1009

Быченко Б. Д. Столбняк, с. 17.

1010

Cook R., Galazka A. Eliminating neonatal tetanus – an attainable goal. *Arch. Dis. Child.* 1985; 60:401-2.

1011

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 145; слово в слово повторено в кн.: *Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 134.

1012

Jahan K. et al. Effect of Ascorbic Acid in the Treatment of Tetanus. *Bangl. Med. Res. Counc. Bui.* 1984, 10(l):24–28. Цит. по: *Golden I.* Vaccination?., p. 77.

1013

KlennerF. Recent Discoveries in the Treatment of Lockjaw with Vitamin C and Tolserol. *Tri. St. Med. J.* July 1954. Цит. по: *Golden I.* Vaccination?., p. 77

1014

Attygalle D., *Rodrigo N.* Magnesium as first line therapy in the management of tetanus: a pro- spective study of 40 patients. *Anaesthesia* Aug 2002; 57(8):778–817.

1015

См., например, *Crone N. E., Reder A. T.* Severe tetanus in immunized patients with high anti-tetanus titers. *Neurology* 1992; 42:761-4 и *Al-Kaabi J. M. et al.* Tetanus. A Clinical review. *Saudi. Med. J.* July 2001; 22(7):606-9.

1016

Trujillo M. H. et al. Impact of intensive care management on the prognosis of tetanus. Analysis of 641 cases. *Chest* 1987; 92:63-5.

1017

SanfordJ. P. Tetanus – forgotten but not gone. *N. Engl. J. Med.* 1995; 332:812-3.

1018

Вот в качестве примера нелепицы, характерной для бездумной и безыскусной прививочной пропаганды, две фразы из главы о столбняке книги *Тимченко В. Н. и др.* «Все о детских прививках» СПб, 2003 г.: «Смертельные исходы отмечаются в 40–45 % случаев» (говоря о столбняке в целом, с. 46) и «При тяжелом течении в половине случаев возникает смерть» (с. 47). Не будем сейчас придираться к искусственно завышенной статистике смертности в России, где в больницах, понятно, есть реанимационные отделения. Эти две фразы в любом случае противоречат друг другу. Единственное возможное здесь допущение, чтобы привести их хоть в какое-то соответствие, это признать, что *все без исключения* случаи столбняка протекают тяжело, что абсурдно (и тогда не требовалось бы их выделение в качестве тяжелых, это было бы типичным течением болезни). Но рядовой читатель это «проглатывает», в памяти остается лишь: половина или около того умирают, спасенья нет, совершенно необходима прививка…

1019

Для иллюстрации процитирую проф. Дж. Т. Кента: «Когда в результате колотой раны кисти, стопы или другой части тела возникает столбняк, думайте о *Hypericum;* когда же вы видите просто колотую рану, дайте *Ledum palustre,* который предотвратит развитие столбняка» *(КентДж. Т.* Лекции по гомеопатической Materia Medica. т. II, М., 1999, с. 885). Относительно дифференциального диагноза между препаратами, которые могут быть полезными при травмах, см. также главу «Hypericum» в т. I, с. 747–752. Другой американский профессор, С. Лилиенталь, пишет о *Hypericum* в главе «Столбняк и тризм» следующее: «Повреждения сухожилий с преобладанием симптомов со стороны нервной системы. Предотвращает тризм как следствие ран подошв, ладоней и пальцев. Тризм в таких случаях возникает на 9-й день, за ним следует столбняк. *Hypericum – главное лекарство» (Lilienthal S.* Homeopathic Therapeutics, 1890, republ. Indian Books amp; Periodicals Publishers, p. 1024). Всего в главе обсуждается 31 препарат. А известный американский гомеопат А. Гриммер, которого я упоминал в главе о полиомиелите, сообщал: *«Magnesia phosphorica* действует быстро, предотвращая столбняк… Это специфическое средство против столбняка, излечившее много тяжелых и далеко зашедших случаев на стадии конвульсий. Оно также антидотирует частые тяжелые последствия, вызванные инфекцией от инъекций противостолбнячной сыворотки». Цит. по *Agrawal Y. R.* Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 41.

1020

Согласен с д-ром Нойштедтером, написавшим в своей книге: «Столбняк почти полностью уничтожен в США, в первую очередь благодаря хорошей гигиене и правильной обработке ран» (Neustaedter R. The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California, 1996, p. 100).

1021

См., например, *Медуницын Н. В.* Вакцинология, с. 148.

1022

Там же, с. 145–146.

1023

Например, это не отмечено в кн.: *Тимченко В. Н.* Все о детских… с. 48, где после не уместно бодрого и легкомысленного «предотвратить заболевание легко – надо вовремя прививать и ревакцинировать ребенка» перечисляются только комплексные вакцины, а о моновакцине упоминается лишь как о средстве экстренной профилактики.

1024

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 146.

1025

Dittmann S. Atypische… S. 157.

1026

Dittmann S. Atypische… S. 163. «В случае недостаточной инактивации анатоксина могут возникать *признаки* интоксикации, характерные для данного заболевания», – пытается смягчить Н. Медуницын («Вакцинология», с. 106, выделено мной. – *А. К).* Хороши же «признаки», приводящие к инвалидности и смерти!

1027

Быченко Б. Д. Столбняк, с. 146.

1028

Brindle M. J., Twyman D. G. Allergic reactions to tetanus toxoid. *BMJ* 1962; 1:1116.

1029

Regamey R.H. Die Tetanus-Schutzimpfung // *Herrlich A.* (Herausg.) Handbuch der Schutz- impfungen. Berlin, 1965.

1030

Cooke R. A. et al. Allergy induced by immunization with tetanus toxoid. *JAMA* 1940; 114:1854, *Cunningham A. A.* Anaphylaxis after injection of tetanus toxoid. *BMJ* 1940; 522-3, *Whittingham H. E.* Anaphylaxis following administration of tetanus toxoid. *BMJ* 1940; 1:292, *Parish H. J., Oakley C L.* Anaphylaxis after injection of tetanus toxoid. Report of a case. *BMJ* 1940; 1/294.

1031

Staak M., Wirth E. Zur Problematik anaphylaktischer Reaktionen nach aktiver Tetanus-Immuni- sierung. *Dtsch. med. Wschr.* 1973; 98:110–111. Кстати, в современных прививочных руководствах ни астма, ни аллергические заболевания в семье больше не считаются противопоказаниями. Вот пример: «Если в анамнезе есть данные… об аллергических заболеваниях в семье или случаях тяжелой реакции и поствакцинальных осложнений в семье, это… не является противопоказанием к вакцинации» *(Анисимова Т. Б.* Прививки: полный календарь, сроки, показания и противопоказания. Р/н/Д, 2003, с. 43). Делайте выводы, читатели.

1032

Frank K. H. et al. Todliche Impfkomplikationen (Lyell-Syndrom) nach Tetanustoxoid. *Dtsch. Gesundheitswesen* 1974; 29:1430–1434.

1033

Spann W. Medical Tribune 1986; 19:10.

1034

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 147.

1035

Buchwald G. Uber Todesfalle nach der Wundstarrkrampf-Impfung. *Erfahrungsheilkunde* 1/88; *Hochrein M.* Herzinfarkt und Beruf. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Arbeitshygiene* 1970; 5:165; *Eisenreich A., Walter H.* Herzinfarkt als Unfallfolge. *Zschr. Arztl. Forth.* 1972; 66:518.

1036

Eibi et al. Abnormal T-lymphocyte subpopulations in healthy subjects after tetanus booster immunization. *N. Engl. J. Med.* Jan 19, 1984; 310(3):198-9.

1037

Dittmann S. Atypische… S. 161.

1038

Ibid., S. 163.

1039

Paradise G. et al. Multifocal demyelinating neuropathy after tetanus vaccine. *Medicina* (B. Aires) 1990; 50(l):52-4

1040

Buchwald G. Uber Todesfalle… См. также прим. 49.

1041

Dittmann S. Atypische… S. 163.

1042

Eicher W., Neundorfer B. Rekurrenslahmung nach Tetanustoxoid-Auffrischimpfung (mit all- ergischer Lokalreaktion). *MMW* 1969; 111:1692-96; *Stalikamp B. u. a. II Dtsch. med. Wschr.* 1974; 99:2579.

1043

УчайкинВ. Ф. Вакцинопрофилактика… с. 135.

1044

Frank K.-H. Todliche…

1045

См., например, *Relihan M.* Reactions to tetanus toxoid. *J. Ir. Med. Ass.* 1969; 62:430–489; *BaratfL. J. et al.* DPT associated reactions: An analysis by injection site, manufacturer, prior reactions, and dose. *Pediatrics* 1984; 73/1:31-8.

1046

McComb J., Levine L. Adult immunization: II. Dosage reduction as a solution to increasing reactions to tetanus toxoid. *NEJM*1961; 265:1152-3.

1047

Tetanus Surveillance – United States, 1995–1997 *MMWR* July 3, 1998/47; (SS-2):1-13.

1048

The People's Doctor. Vol. 8, № 12.

1049

Медуницын Н. В. Вакцинология, с. 146.

1050

Gardner P., LaForce F. M. Protection against tetanus. *NEJM* 1995; 333/9:599.

1051

См. прим. 63.

1052

Sneath P. A. T. et al. Tetanus immunity: the resistance of guinea pigs to lethal spore doses induced by active and passive immunization. *Am. J. Hygiene* 1937; 25: 464–476.

1053

При этом 6 из 45 морских свинок все же не спаслись «защитными» 0,01. В очередной раз путаница между этими понятиями обсуждалась в статье *Vinson D. R.* Immunisation does not rule out tetanus. BM/2000; 320:383.

1054

Passen E. L., Andersen B. Clinical tetanus despite a protective level of toxin-neutralising antibody. *JAMA* 1988; 25519:1171-3.

1055

Там же. Сравните эту информацию с безапелляционным «Случаи возникновения столбняка у правильно вакцинированных неизвестны» *{Учайкин В. Ф.* Вакцинопрофилактика… с. 131). Кому неизвестны? Тому, кто устанавливает, какие прививки оказались «правильными», а какие – «неправильными», в зависимости от того, заболел или нет привитый столбняком?

1056

Abrahamian F. M. et al. Fatal tetanus in a drug abuser with «protective» antitetanus antibodies. *J. Emerg. Med.* Feb2000; 18:189-93.

1057

Pryor T. et al. Elevated antitoxin titers in a man with generalized tetanus. *J. Fam. Pract.* Mar 1997; 44(3):299–303. Интересно, что этот пациент также был наркоманом.

1058

Crone N. E., Reder A. T. Severe tetanus in immunized patients with high anti-tetanus titers. *Neurology* 1992; 42:761-4.

1059

Vieira B. L. et al. Cephalic tetanus in an immunized patient. *Med. J. Austr.* 1986; 145:156-7.

1060

Simonsen O. et al. Epidemiology of tetanus in Denmark 1920–1982. *Scand. J. Infect. Dis.* 1987; 19:437-44.

1061

Towlson S. Girl aged 10 catches tetanus despite vaccination. *The Times* Aug 14, 2000.

1062

Fair E. et al. Philosophic Objection to Vaccination as a Risk for Tetanus Among Children Younger Than 15 Years. *Pediatrics* Jan 2002; (109):l, p. e2.

1063

По: *Diodati C. J. M.* Immunization… pp. 218–221.

1064

Несколько лет назад при проверке в Индии присланной ВОЗ в Нигерию оральной полиовакцины в последней был обнаружен неизвестно откуда взявшийся гормон эстрадиол. Отказ некоторых штатов Нигерии использовать бракованную вакцину вкупе с разгоревшимися антиамериканскими настроениями (вакцина была произведена в США) привел к беспрецедентной кампании давления на Нигерию, которую обвинили не менее как в заговоре с целью сорвать усилия мирового сообщества по ликвидации полиомиелита.

1065

Gaublomme K. Tetanus toxoid vaccination: an overview. *International Vaccination Newsletter* Sept. 1996.

1066

TDR Strategic Direction for Research: Tuberculosis. February, 2002

1067

Tuberculosis in the workplace. IOM Report, 1981, p. 6.

1068

Данные с сайта Федерального центра Госсанэпиднадзора РФ. При этом в Мурманской обл. заболеваемость равнялась 96,5, в Калмыкии – 366,8, а в Туве – 472,9. Вероятнее всего, эта география указывает как на высокую концентрацию пенитенциарных учреждений, так и на развал системы здравоохранения в этих регионах.

1069

Заседание правительства РФ 20 октября 2005 г., пресс-релиз. Материал имеется в Интернете.

1070

Farmer P. TB superbugs: the coming plague on all your house. *Natural History* April 1999, pp. 46–53.

1071

Для сравнения: «Заболеваемость медицинских работников туберкулезом в Самаре с 1991 по 2001 г. увеличилась в 10 раз и превышает в 3 раза заболеваемость на территории» *(Бородулин Б. Е.* Туберкулез среди медицинских работников Самары. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2004, 1, с. 49–50) – *А. К.*

1072

Мельник В. М., *Волошина В. В.* Социальные и медицинские проблемы туберкулеза в Украине. *Проблемы туберкулеза и болезней легких,* 2004, 2, с. 22–24.

1073

«Большая медицинская энциклопедия». М, 1963, т. 32, с. 965–966. Но если и в самом деле «естественная резистентность при туберкулезе играет большую роль» *(Учайкин В. Ф., Шамшева О. В.* Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 88), то с какой стати требуется срочно, в первые дни жизни, фактически уничтожать ее, инфицируя новорожденного микобактериями бычьего туберкулеза в вакцине БЦЖ, вместо того, чтобы укреплять эту самую естественную резистентность, которая сможет защитить при реальном заражении микобактериями человеческого туберкулеза?

1074

Большая… с. 966.

1075

Борисов С. Е. Диагностика туберкулеза: возможности и пределы. *Проблемы туберку леза,* 2001,3, с. 5–9.

1076

Аленова А. Х. и др. Информативность полимеразной цепной реакции в диагностике туберкулезного процесса. *Проблемы туберкулеза,* 2002, 1, с. 45–46. Авторы подчеркнули негативную роль, которую играет вакцина БЦЖ, сильно затрудняющая диагностику туберкулеза у ранее привитых ею вследствие развития поствакцинальной аллергии.

1077

Борисов С. Е. Диагностика…

1078

Греймер М. С., Фейгин М. И. Раннее выявление туберкулеза легких. Л., 1986, с. 12–14.

1079

Кучеров А. Л., Ильичева Е. Ю. Пути повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий и сокращения затрат на их проведение. *Проблемы туберкулеза и болезней легких,* 2003, 4, с. 7–11.

1080

Taylor R. Medicine Out of Control. Melbourne, 1979, fig. 1.1, pp. 8–9, использованные источники: *Crofton J., Douglas A.* Epidemiology and Prevention of Pulmonary Tuberculosis // Respiratory Diseases. Oxford, UK, 1969 и *McKeown T.* The Role of Medicine – Dream, Mirage, or Nemesis? Oxford, UK, 1979, p. 92.

1081

Debos R., Debos J. The White Plague: Tuberculosis, Man and Society. Boston, 1953. Цит. по: *Illich I.* Medical Nemesis: The Expropriation of Health. NY, 1976, pp. 15–16.

1082

Кент Дж. Т. Лекции по гомеопатической Materia Medica. T. II, М., 1999, с. 1281–1282. Известный английский гомеопат Дуглас Моррис Боленд (1885–1961), долгие годы бывший ведущим специалистом Лондонского Королевского гомеопатического госпиталя, основываясь на своем богатом педиатрическом опыте, пишет: «В случае если имеется несомненная история семейного туберкулеза, то помощь ребенку будет оказана дозой Tuberculinum, даваемой время от времени, вне зависимости от того, какое лекарство показано. В своей практике я даю примерно одну дозу в двенадцать месяцев» (*Borland D. M.* Children's Types. New Delhi, Reprint Ed., 2002, p. 11). Д-р Маргарет Тайлер указывает, что *Drosera* очень часто оказывает поразительное действие при шейной лимфоаденопатии, а также при туберкулезном поражении костей и суставов. См. главу «Drosera» книги *Тайлер М.* Портреты гомеопатических лекарств. T.I, М., 2002.

1083

Mendelsohn R. How to raise a healthy child… in spite of your doctor. NY, 1984, p. 250.

1084

Tuberculin Purified Protein Derivative (Mantoux) Tubersol ®. Diagnostic Antigen. Aventis Pasteur Ltd., Toronto-Ontario, Canada, Sept. 2001.

1085

«Использование мебели должно максимально исключать эмиссию фенола, формальде- гида, стирола, пластификаторов, органических растворителей, аммиака и еще более 40 веществ», – пишет специалист отдела профилактической токсикологии ЦГСЭН Е. Чекулаева в статье «Мебель для дома и офиса» *(Санитарно-эпидемиологический собеседник,* 2005, 3(31), с. 12–13). Фенол и формальдегид, воспрещаемые для мебели, находят себе место в растворах для биопроб и в вакцинах. Там над ними санитарно-эпидемические нормы не властны.

1086

ajdova et al. Delayed effects of neonatal exposure to Tween 80 on female reproductive or gans in rats. *Food Chem. Toxicol.* 1993; 31(3):183-90.

1087

Coors E.A.et al. Polysorbate 80 in medical products and nonimmunologic anaphylactoid reactions. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology* December 2005(95); 6:593–599. Здесь необходимо отметить, что повсеместность использования полисорбата-80 обусловлена главным образом его наличием в косметических кремах или маслах. Интерес исследователей к этому препарату был вызван случаем анафилактического шока у беременной после внутривенного введения мультивитамина, содержащего полисорбат. А российским детям полисорбат вводится в кровь ежегодно… О последствиях, очевидно, никто не задумывался?

1088

Петров В. Ю. и др. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура у детей, ассоциирующаяся с введением туберкулина. *Педиатрия,* 2004, 4, с. 16–19.

1089

Там же.

1090

В «Туберосоле» содержится 5 туберкулиновых единиц (ТЕ), в российской пробе – 2 ТЕ. Минздравовские инструкции бестрепетно предлагают в сомнительных случаях проводить пробу со 100 ТЕ.

1091

Зато могут иметь очень большое, безотносительно к туберкулезу, значение для самого испытуемого!

1092

«При интерпретации динамики чувствительности к туберкулину следует также учитывать, что на интенсивность положительных реакций Манту может влиять ряд факторов, определяющих общую реактивность организма: наличие соматической патологии, общая аллергическая настроенность организма, фаза овариального цикла у девушек; индивидуальные характеристики чувствительности кожных покровов; сбалансированность питания ребенка и пр. Выраженное воздействие на результаты массовой туберкулино- диагностики оказывают неблагоприятные экологические факторы: повышенный радиационный фон, наличие вредных выбросов химических производств и т. д. На результаты туберкулинодиагностики могут влиять различные нарушения в методике ее проведения: в транспортировке и хранении туберкулина, при применении нестандартного и некачественного инструментария, при погрешностях в технике постановки и чтения реакций Манту» (Министерство здравоохранения и медицинской промышленности РФ. Приказ № 324 22.11.1995. О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации. Инструкция по применению туберкулиновых проб). Смешна даже мысль, что кто-либо будет принимать все это во внимание (особенно «вредные выбросы химических производств и т. д.») при «массовой туберкулинодиагностике»!

1093

И даже в том случае, когда тест действительно указывает на инфицирование микобактериями, это вовсе не означает того, что речь идет об активном процессе, требующем лечения, ведь, как уже говорилось, до 32 % населения в течение жизни инфицируются ими. Производитель так и пишет: «Реакция на туберкулин может указывать на ранее перенесенное заболевание или инфицирование, ввязанное с M. tuberculosis, а не свидетельство вать об активной болезни. Поэтому индивидуумы, у которых с точки зрения медиков тест оказался положительным, должны быть подвергнуты таким дополнительным диагностическим процедурам, как рентгеновское исследование грудной клетки и анализ мокроты».

1094

«Атака туберкулеза, какой бы умеренной и временной она ни была, делает человека туберкулиноположительным на всю жизнь» *(Носсел Г.* Антитела и иммунитет. М., 1973, с. 90. Цит. по: *Червонская Г. П.* Прививки: мифы и реальность. М., 2002, с. 245). А что иное прививка БЦЖ, как не фактическая атака туберкулеза?

1095

Сравните с российским «…Инфильтрат 5-11 мм характерен для поствакцинальной аллергии, инфильтрат 12 мм и более – будет скорее свидетельствовать о заражении туберкулезом» (выделено мной. – *А. К.*). Справочник по применению бактерийных и вирусных препаратов. М., 1975, с. 204. Цит. по: *Червонская Г. П.* Прививки… с. 250. Дорога длиной в целый миллиметр проложена от аллергии до «скорее туберкулеза» со всеми вытекающими отсюда последствиями. Помнится, в сказке С. Маршака «Двенадцать месяцев» юная взбалмошная королева высчитывала, что короче написать на тексте прошения о помиловании: «казнить» или «помиловать». Не перед таким ли примерно выбором стоят интерпретаторы теста Манту, вооруженные передовым научным прибором XXI в. – ученической линейкой? Казнить, миловать, или продолжать бесконечные эксперименты с фенолополисорбатно-туберкулиновым раствором в надежде получить более ясный ответ?

1096

юллетень ВОЗ. 1990, т. 68, № 5, с. 16 Цит. по: *Червонская Г. П.* Прививки… с. 70–71.

1097

АиФ-Здоровье, № 21 (458) от 22 мая 2003 г. Из самых последних новостей о пробе Манту: «…11 апреля… в Великоалександровскую райбольницу (Херсонская область) из Калининской школы-интерната № 1 были доставлены 88 воспитанников, которым сделали пробу Манту. В Хмельницкой области после такой же процедуры были госпитализированы 47 детей из села Вербка Каменец-Подольского района. Пациенты жаловались на недомогание, головную боль, высокую температуру… Медики считают, что у школьников наблюдалась атипичная реакция на туберкулин. А вот каковы ее причины – токсические, аллергические или какие-нибудь другие, – предстоит выяснить. Окончательный диагноз будет известен после проведения результатов анализов крови детей и исследования туберкулина… В связи со случаями атипичной реакции на пробу Манту у детей Министерство здравоохранения временно приостановило проведение этой процедуры по всей Украине» *(Малиновская Т., ЯковенкоЯ.* В Украине срочно приостановлено проведение пробы Манту. *Факты и комментарии* (Украина) от 14.04. 2006).

1098

Червонская Г. П. Прививки… с. 281.

1099

В отчете экспертной группы ВОЗ указывается, что «хотя БЦЖ-вакцины считаются безопасными, они относятся к числу наиболее реактогенных из числа используемых ныне. Сегодня вакцина БЦЖ – единственная, вызывающая образование местной язвы» *(Fine P. E. M. et al.* Issues related to the use of BCG in immunization programs. A discussion document. WHO, Geneva, 1999, p. 21).

1100

В передовице престижного медицинского журнала без обиняков заявляется: «Если ес тественная инфекция не обеспечивает защитного иммунитета… разработка улучшенных вакцин против туберкулеза будет особенно трудной задачей» *(Fine P. E. M., Small P. M.* Exogenous Reinfection in Tuberculosis. *N. Engl. J. Med.* October 14, 1999; 341:1226-7).

1101

Первоначально вакцина разрабатывалась как средство для оральной вакцинации, но из-за необходимости использования большого количества микобактерий и связанных с этим трудностей с определением и контролем нужной дозы, а также из-за сообщений о шейной лимфоаденопатии как осложнении при таком пути введения вакцины, постепенно перешли на внутрикожные инъекции. Последней от оральной формы введения вакцины отказалась Бразилия в 1973 г.

1102

Wilson G. S. The Hazards of Immunization. London, 1967, pp. 66, 73.

1103

Доживем до понедельника (Казахстан) от 26.12.2002 и 03.01.2003, *Мегаполис* (Казахстан) 5(167) от 05.02.2004. В январе 2000 г. организация «Human Rights» сообщила в своем отчете за 1999 г., что «случайно зараженные туберкулезом в Жанатасе дети умирают. 80 отчаявшихся матерей обратились к президенту Казахстана, своей последней надежде». Характерная картина! Государство не спрашивает родителей, хотят ли они делать при- вивки своим детям. Но когда прививки сделаны и дети искалечены, преспокойно умывает руки, предоставляя родителям самим выходить из положения… В марте-апреле 2004 г. история повторилась. Из соображений дешевизны Казахстан закупил вакцину БЦЖ в Сербии, и около десяти тысяч (!) новорожденных были заражены туберкулезом этой вакциной. Многим из пострадавших требуется хирургическая помощь (развились абсцессы, туберкулезные лимфадениты и пр.), которую власти не спешат оказывать. На это у них нет денег. Зато на вакцину они нашлись!

1104

Elmigar J. Rediscovering Real Medicine: New Horizons of Homoeopathy. UK, 1998, p. 128.

1105

Червонская Г. П. Прививки… с. 261.

1106

Там же сообщается: «Вакцина БЦЖ-М – препарат сниженной антигенной нагрузки – используется также для щадящей иммунизации».

1107

Министерство здравоохранения…

1108

Коваленко К. Н. и др. БЦЖ-оститы у детей (алгоритмы диагностики и лечения). *Пробле мы туберкулеза и болезней легких,* 2004, 1, с. 21–23.

1109

Фомичева Н. И. и др. Проблемы дифференциальной диагностики осложнений вакцинации. *Проблемы туберкулеза и болезней легких,* 2004, 5, с. 14–16.

1110

Mori T. et al. Lymph node swelling due to bacille Calmette-Gurin vaccination with multipunc-ture method. *Tubercle Lung Dis.* 1996; 77:269.

1111

Лукушкина Е. Ф. и др. Организация вакцинопрофилактики в детских учреждениях. Н. Новгород, 1997, с. 18.

1112

Митинская Л. А. Новые технологии при профилактике, выявлении, диагностике и ле чении туберкулеза у детей. *Проблемы туберкулеза,* 2003, 1, с. 19–25.

1113

Чтобы избежать упрека в слишком вольном переложении слов Л. Митинской, я дословно процитирую ответ последней: «…Весьма сомнительно, что все названные оститы являются проявлением осложнений БЦЖ, так как автор приводит только специфические патоморфологические данные, которые бывают одинаковыми как при БЦЖитах, так и при туберкулезе. Правильный диагноз можно поставить только микробиологическим методом, т. е. выделением возбудителя и его типированием. Только определение микобактерий БЦЖ в очаге поражения может подтвердить остит, вызванный вакциной БЦЖ» (там же).

1114

Министерство, здравоохранения Российской Федерации, Управление охраны здоровья матери и ребенка № 133/8-39 Департамент Госсанэпиднадзора № 1100/769-98-113. Современные подходы к вопросам вакцинопрофилактики и раннего выявления туберкулезной инфекции у детей. Приложение к письму от 14 апреля 1998 г. Материал можно найти на сайте Минздрава РФ и в некоторых книгах. См., например, *Тайц Б. М., Рахманова А. Г.* Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 345. Еще несколько слов о пострадавших от прививки БЦЖ: «Наиболее часто поствакцинальные осложнения встречались у детей раннего возраста… Необходимо отметить, что показатель распространенности *поствакцинальных* осложнений данной возрастной группы приближается к показателю заболеваемости туберкулезом. Это многочисленная группа детей, требующая особой медицинской помощи (включая наблюдение, лечение), а впоследствии они могут составить «группу риска» по туберкулезу… Распространенность поствакцинальных осложнений за 1995-96 гг… составила 2,4 на 100 000 детского населения. В возрастной группе 0–4 лет – 6,6; 5–6 лет – 1,6; 10–14 лет – 0,5 на 100 тыс. детского населения…» *(Закирова Н. Р.* Осложнения после вакцинации и ревакцинации БЦЖ у детей на территории России (частота, причины возникновения и клинические проявления). Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М., 1998, с. 6). Частота поствакцинальных осложнений в целом, по данным автора, составила 21,1 на 100000 привитых – вероятно, именно отсюда была взята для минздравовского материала. Встречались следующие осложнения (в порядке убывания частоты) – лимфадениты, холодные абсцессы, язвы, инфильтраты, келоидные рубцы, оститы.

1115

Там же.

1116

Вольный город (Тольятти), № 61 от 30 августа 2005 г. Благодарю автора материала, Журналистку Дарью Марченко (Самара), любезно приславшую его мне.

1117

Червонская Г. П. Прививки… с. 228–229.

1118

Milstein J. B., Gibson J. J. Quality control of BCG vaccine by WHO: a review of factors that

1119

Mommers M. et al. Infant immunization and the occurrence of atopic disease in Dutch and German children: a nested case-control study. *Pediatr. Pulmonol.* Oct 2004; 38(4):329-34.

1120

Classen J. B., Classen D. C. Clustering of cases of type 1 diabetes mellitus occurring 2–4 years after vaccination is consistent with clustering after infections and progression to type 1 diabetes mellitus in autoantibody positive individuals. *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.* Apr-May 2003; 16:495–508.

1121

Норейко Б. В. Иммунологические аспекты фтизиатрии. *Новости медицины и фармации* (Донецк), 2003; 12(140). Сравните эти данные проф. Норейко с таким высказыванием: «Большинство детей, привитых вакциной БЦЖ, совсем не заболевает туберкулезом, а в случае, если ребенок все-таки заболел, болезнь протекает нетяжело и может быть полностью излечена» *(Либов А. Л.* Воспитание здорового ребенка. Л., 1971, с. 26).

1122

Хисамов А. Обретение радости. *Медицинская газета,* № 56 от 22 июля 2005 г., с. 10.

1123

Жан-Мари Камилл Герен (1872–1961) был ветеринаром по образованию, а Альбер Кальметт (1863–1933) – врачом. Интересующихся их биографиями и историей создания БЦЖ я отсылаю к статье *Н. П. Аржанов* Альбер Кальметт и туберкулез. *Провизор* (Харьков), 2003, №№ 9-10.

1124

Фармацевтический вестник 2003, № 11. Цит. по: *Аржанов Н. П.* Альбер Кальметт… Перельман же, в интервью на радио «Свобода» 4 декабря 2004 г.: «Распространение детского туберкулеза в Советском Союзе тоже было большим. Вы вспомните, что творилось. В каждом городе были детские туберкулезные больницы, в каждом противотуберкулезном диспансере (в каждом регионе и в каждом городе, в каждом районе) были детские туберкулезные отделения. Крым, который тогда входил в состав Советского Союза, был насыщен детскими туберкулезными санаториями. Было много так называемых «лесных школ» для больных туберкулезом детей. Поэтому туберкулеза у наших детей всегда было довольно много… К сожалению, прививка БЦЖ не страхует от туберкулеза… Раньше практически всем нашим больным когда-то была сделана прививка БЦЖ, но они заболели туберкулезом». Интервью доступно в архивах радиостанции на ее сайте в Интернете. К этому могу добавить цитату из доклада «Значение биомедицинских фундаментальных исследований» проф. М. А. Пальцева, представленного на VII съезде российских фти- зиатров в июне 2005 г.: «Вакцинопрофилактика туберкулеза с использованием широко известной вакцины БЦЖ в последнее время обнаружила отсутствие сколько-нибудь выраженной эффективности».

1125

В недавнем отчете группы экспертов ВОЗ из Отдела вакцин и биопрепаратов (см. прим. 34) сообщается, что не существует серьезных данных, говорящих о том, что повторные прививки БЦЖ могут улучшить иммунитет к туберкулезу. Исследования, проводившие ся в Венгрии и Польше, якобы показавшие пользу ревакцинаций, были методологически ущербны, а такое же плохого дизайна исследование в Чили отвергло какую-либо пользу ревакцинации. Единственное отвечающее всем критериям исследование было проведено в восточноафриканской стране Малави, и оно не обнаружило никаких доказательств в пользу повторных прививок БЦЖ. На основании всего этого ВОЗ не считает нужным рекомендовать повторные прививки против туберкулеза. От себя добавлю, что в этом же последнем исследовании было лишний раз показано, что хотя БЦЖ и может считаться эффективной против проказы, но что касается легочного туберкулеза, то никакой защиты в любом возрасте от него обнаружено не было (Karonga Prevention Trial Group. Randomised controlled trail of single BCG, repeated BCG, or combined BCG and killed Mycobacterium leprae vaccine for prevention of leprosy and tuberculosis in Malawi. *Lancet* 1996; 348:17–24).

1126

В очередной раз напомню читателям, что по оценкам многочисленных экспертов, в том числе и из Управления контроля пищевых продуктов и лекарств (FDA), в США в Систему сообщений о побочных эффектах прививок (VAERS) сообщается лишь от 1 до 10 % истинного числа осложнений, последовавших за прививками.

1127

Szczuka I. Adverse events following immunization with BCG vaccine in Poland 1994–2000. *Przegl. Epidemiol.* 2002; 56:205-16.

1128

World Resources Institute, 1999, pp. 260–261. В упоминаемом мною отчете комитета экспертов ВОЗ (см. прим. 34) сообщается, что в 29 европейских странах (вероятно, большей частью бывшие республики СССР и иные «лагерные» страны) прививка БЦЖ является обязательной, а в семи – добровольной. В некоторых странах (США, Голландия) эта прививка вообще никогда не присутствовала в прививочных календарях. Один из самых низких в мире уровней заболеваемости туберкулезом в этих странах и отсутствие в них массовых прививок БЦЖ – простое ли это совпадение? В некоторых областях Чехословакии отказались от прививки БЦЖ в 1986 г. Вероятно, последней каплей, переполнившей чашу терпения, было резкое увеличение количества постпрививочных оститов после того, как вместо использовавшегося до того местного штамма перешли на штамм БЦЖ, присланный из СССР *(Lotte A. et al.* Second IUATLD study on complications induced by intradermal BCG vaccinations. *Bull. Int. Union Tuberc. LungDis.* 1988; 63(2):47–59). Заболеваемость туберкулезом в 1995 г. в Чехии равнялась 18 случаям на 100 тыс. населения, в Словакии – меньше одного случая.

1129

Fine P. E. M. Variation in protection by BCG: implications of and for heterologous immunity. *Lancet* 1995; 346:1339-45.

1130

Arbelaez M. et al. BCG vaccine effectiveness in preventing tuberculosis and its interaction with human immunodeficiency virus infection. *Int. J. Epid.* 2000; 29:1085–1091. Пусть читатель сам решит, каким образом с такой «эффективностью», в лучшем случае вызывающей острую жалость, сочетается поразительный вывод авторов: «Наши данные подтверждают важность использования вакцины БЦЖ для предотвращения внелегочного туберкулеза у лиц с нормально функционирующей иммунной системой». Это лишь один из примеров властвующей ныне абсурдной и лишенной даже тени здравого смысла прививочной логики.

1131

Fine P. E. M. Variation…

1132

Brandt L. et al. Failure of the Mycobacterium bovis BCG Vaccine: Some Species of Envi ronmental Mycobacteria Block Multiplication of BCG and Induction of Protective Immunity to Tuberculosis. *Infection and Immunity* February 2002; 70(2):672–678.

1133

Вакцинация БЦЖ. Доклад Научной группы ВОЗ. Женева, 1982, с. 6.

1134

Там же, с. 8.

1135

Там же, с. 8–9.

1136

Там же, с. 9–10.

1137

Там же, с. 11.

1138

Там же, с. 16.

1139

Georghiu M. Antituberculosis BCG vaccine: lessons from the past // Vaccinia, Vaccination, Vaccinology. Jenner, Pasteur and their successors. International Meeting on the History of Vac- cinology, 6–8 December 1995, Marnes-La-Coquette, Paris, France. Paris, 1996, p. 93.

1140

Эксперты ВОЗ добавляют к этому, что новая вакцина должна будет вызывать полноценный иммунный ответ у людей, ранее уже получивших прививку БЦЖ и находящихся в постоянном контакте с разнообразными микобактериями, в том числе и M. tuberculosis. Создание такой вакцины с точки зрения иммунологии не представляется выполнимой задачей *(Fine P.* Issues… p. 30).

1141

TDR Strategic… 2002. Действительно, грамотное и своевременное лечение туберкулеза вполне эффективно. Лишь за три года после введения ВОЗовского протокола лечения туберкулеза DOTS (directly observed therapy – short course), с 1991 по 1994 гг., смертность от туберкулеза в Китае снизилась с 30 до 7 %. («Spread of TB in Western Pacific 'Unacceptable': WHO»: Kyodo News Service (13.09.99). Протокол включает в себя четыре препарата, чья стоимость на необходимые шесть месяцев лечения, как указывалось выше, равна всего-на- всего 11$. По заявлениям представителей ВОЗ, DOTS обеспечивает излечение туберкулеза в 95 % случаев. Однако лишь 12 % всех больных туберкулезом в мире получают такое лечение, а принято оно лишь 95 странами из 212. Наступление туберкулеза продолжается…

1142

Таточенко В. К., Озерецковский Н. А. Родителям о прививках. Москва, 2001. Эта цифра повторяется в разных источниках.

1143

Рейтц В. Критический взгляд на оспопрививание. СПб, 1873, с. 37–38.

1144

Гаврилов А. А. и др. Туберкулезный менингит у детей раннего возраста. *Проблемы туберкулеза,* 2001, 1, с. 34–36.

1145

Там же.

1146

Хадеева П. В. и др. Иммунопрофилактика туберкулеза вакциной БЦЖ у детей из кон такта и из неустановленного контакта. *Проблемы туберкулеза и болезней легких,* 2005, 1, с. 29–32.

1147

Alcaide J. et al. Vacuna BCG // *Salleras L.* Vacunaciones preventivas. Barcelona, 1998, p. 433.

1148

Аксенова В. А. и др. Проблема массовой противотуберкулезной иммунизации в современных условиях. *Российский медицинский журнал,* 1997, 5, с. 31–36.

1149

Червонская Г. П. Ошибка природы или Минздрава? *АиФ-Здоровье,* 24.01.2001.

1150

Прямухина Н. С. и др. Внутрибольничные инфекции новорожденных. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1996, 2, с. 15–18.

1151

Семина Н. А. Научные и организационные принципы профилактики внутрибольничных инфекций. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 2001, 5, с. 5–6.

1152

Прохоров Б. Б. Здоровье населения России в XX веке. М., 2001, с. 189.

1153

Белопольская М. Мать и дитя глазами акушеров и гинекологов. *МедНовоспги. ру* от 17 октября 2005 г.

1154

Червонская Г. П. Прививки… с. 388–390.

1155

«Результаты серологического обследования детей, не болевших эпидемическим паротитом и своевременно не привитых против него, показали, что более 20 % из них имели специфические антитела в средних и высоких титрах, то есть уже не нуждались в вакцинации, так как, по-видимому, переболели паротитом в стертой и бессимптомной форме…» *(Покровский В. И. и др.* Эволюция инфекционных болезней в России в XX веке. М., 2003, с. 344). На следующей странице дана даже более впечатляющая цифра: «…Среди непривитых и не болевших ранее эпидемическим паротитом до 47,5 % детей оказались серопозитивными к данному вирусу, то есть с большой долей вероятности их можно считать перенесшими в прошлом незарегистрированную паротитную инфекцию» (там же, с. 345). Не будем сейчас обсуждать причину более чем двукратной разницы в данных. на соседних страницах, просто отметим факт такого необременительного приобретения иммунитета. Еще одна цитата: «В очагах паротитной инфекции 38,9 % случаев этого заболевания среди контактных лиц протекают в инаппарантной форме и не регистрируются… Среди детей, подлежащих вакцинации против эпидемического паротита, 23,4 % не нуждаются в прививке, так как являются переболевшими этой инфекцией в инаппарантной форме» *(Михеева И. В. и др.* Проблемы эпидемиологического надзора за эпидемическим паротитом. *Эпидемиология и инфекционные болезни,* 1996, 3, 21–24).

1156

Казанцев Л. П. Эпидемический паротит. М., 1988, с. 26–27. Пример изолированной группы населения приводится в этой же книге на с. 9–10: «…Во время вспышки эпидемического паротита на острове Св. Георгия (США) в 1965 г. из 212 жителей было инфицировано 156 человек, из них у 119 болезнь проявлялась клинической симптоматикой, а у 37 протекала субклинически (бессимптомно). До этой вспышки эпидемического паротита на острове не было с 1907 г.».

1157

West R. O. Epidemiological studies of malignancies of ovaries. *Cancer* July 1966:1001–1007.

1158

Menczer J. Possible role of mumps virus in the etiology of ovarian cancer. *Cancer* Apr 1979; 43:1375-9.

1159

Chaitow L. Vaccination and Immunization: dangers, delusions and alternatives (What every parent should know). UK, Rev. ed., 1995, p. 159.

1160

Shepherd D. Homeopathy in epidemic diseases. England, 1967, republ. 1996, pp. 58–62.

1161

Agrawal Y. R. Prophylactics in Homoeopathy. 3rd ed., Delhi, 2000, p. 44.

1162

«Если женщина, болеющая свинкой, подвергается сильному переохлаждению, у нее возникает опухание и воспаление молочных желез. Если девочка простужается, то опухание околоушных желез у нее быстро проходит и возникает опухание соответствующей молочной железы, иногда обеих; или возникает в одной, а затем переходит на другую. У мужчин это происходит с яичками. *Pulsatilla* является одним из наиболее важных средств при подобном метастазировании болезни; для этого средства характерны блуждающие жалобы. *Pulsatilla* наиболее часто применяется при сильном опухании яичек у мальчиков вследствие свинки. Другим средством является *Carbo vegetabilis,* но тогда это должен быть пациент *Carbo vegetabilis*» (*Кент Дж. Т.* Лекции по гомеопатической Materia Medica. Т. II, М., 1999, с. 1101).

1163

Miller E. et al. Risk of aseptic meningitis after measles, mumps, and rubella vaccine in UK children. *Lancet* Apr 1993; 341:979-82.

1164

Самарина Н. В., Сорокина О. А. Детские инфекционные болезни. 2-е изд., СПб, М., 2000, с. 202.

1165

Falk et al. The epidemiology of mumps in southern Alberta. *Am. J. Epid.* 130(4):736–739.

1166

Покровский В. И. Эволюция… с. 320.

1167

Neustaedter R. The Vaccine Guide. Making an Informed Choice. Berkeley, California, 1996, p. 152.

1168

Kaplan K. M. et at. Mumps in the workplace. Further evidence of the changing epidemiology of a childhood vaccine-preventable disease. *JAMA* Sept 1988; 260:1434-8.

1169

Edmunds W. J. et al. The pre-vaccination epidemiology of measles, mumps and rubella in Europe: implications for modelling studies. *Epidemiol. Infect.* Dec 2000; 125:635-50.

1170

Schulz B. et al. Islet cell surface antibodies (ICSA) in subjects with a previous mumps infec- tion – a prospective study over a 4 year period. *Exp. Clin. Endocrinol.* Aug 1987; 90:62–70.

1171

Stratton K. R. et al. Adverse Events Associated with Childhood Vaccines: Evidence Bearing on Causality. IOM, 1993, pp. 158–159.

1172

В этой статье *Otten A. et al.* Mumps, mumps vaccination, islet cell antibodies and the first manifestation of diabetes mellitus type I. *Behring. Inst. Mitt.* July 1984; 83–88, было дословно заявлено следующее: «Прививка против эпидемического паротита может не защищать от диабета, а наоборот, провоцировать его».

1173

Helmke K. et al. Islet cell antibodies and the development of diabetes mellitus in relation to mumps infection and mumps vaccination. *Diabetologia* Jan 1986; 29:30-3.

1174

Vuorinen T. et al. Mumps and Coxsackie B3 virus infection of human fetal pancreatic islet-like cell clusters. *Pancreas* 1992; 7:460-4.

1175

Учайкин В. Ф., Шамшева О. В. Вакцинопрофилактика. Настоящее и будущее. М., 2001, с. 142.

1176

Медуницын Н. В. Вакцинология. М., 1999, с. 158.

1177

Mendelsohn R. How to raise a healthy child… in spite of your doctor. NY, 1984, pp. 235–236.

1178

Покровский В. И. Эволюция… с. 343–344.

1179

Scheibner V. Vaccination. 100 years of Orthodox Research Shows that Vaccines Represent a Medical Assault on the Immune System. Australia, 1993, pp. 98–99.

1180

Diodati C J. M. Immunization: history, ethics, law and health. Quebec, 1999, pp. 113–114.

1181

Сообщение *РИА «Новости»* от 01.04.2006. Прививка очевидно неэффективна, но она, «несмотря на это» – основное средство борьбы. Как говорится, если факты противоречат теории, то тем хуже для фактов.

1182

Suzuki M. et al. A case of orchitis following vaccination with freeze-dried live attenuated mumps vaccine. *Nippon HinyokikaGakkaiZasshi*May 2002; 93:577-9. В той же статье авторы отмечают, что в Японии было зарегистрировано 9 случаев орхита после прививки против свинки.

1183

Adler J. B. et al. Pancreatitis caused by measles, mumps, and rubella vaccine. *Pancreas* July 1991; 6:489-90.

1184

Autret E. et al. Aseptic meningitis after mumps vaccination. *Therapie* Nov-Dec 1996; 51:681-3.

1185

Sigiura A. et al. Aseptic meningitis as a complication of mumps vaccination. *Pediatr. Infect. Dis.J.* Mar 1991; 10:209-13.

1186

Dourado I. et al. Outbreak of aseptic meningitis associated with mass vaccination with a urabe-containing measles-mumps-rubella vaccine: implications for immunization programs. *Am. J. Epidemiol.* Mar 2000; 151:524-30.

1187

da Silveira C. M. The risk of aseptic meningitis associated with the Leningrad-Zagreb mumps vaccine strain following mass vaccination with measles-mumps-rubella vaccine Rio Grande do Sul, Brazil, 1997. *Int. J. Epidemiol.* Oct 2002; 31:978-82.

1188

da Cunha S. S. Outbreak of aseptic meningitis and mumps after mass vaccination with MMR vaccine using the Leningrad-Zagreb mumps strain. *Vaccine* Jan 2002; 20:1106-12.

1189

Cizman M. et al. Aseptic meningitis after vaccination against measles and mumps. *Pediatr. Infect. Dis. J.* May 1989; 8:302-8.

1190

Покровский В. И. Эволюция… с. 331.

1191

Cheek E. J. et al. Mumps Outbreak in a Highly Vaccinated School Population. Evidence for Large-scale Vaccination Failure. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 1995; 149:774–778.

1192

Goh K. T. Resurgence of mumps in Singapore caused by the Rubini mumps virus vaccine strain. *Lancet* Oct. 1999; (354) 9187.

1193

Pugh R. N. et al. An outbreak of mumps in the metropolitan area of Walsall, UK. *Int. J. Infect. Dis.* Dec 2002; 6:283-7.

1194

Lopez Hernandez B. et al. An epidemic outbreak of mumps. A study of vaccinal efficacy. *Aten Primaria* Feb 2000; 25:148-52.

1195

Paccaud M. F. et al. A look back at 2 mumps outbreaks. *Soz. Praventivmed.* 1995; 40:72-9.

1196

Покровский В. И. Эволюция… с. 343.

1197

Там же, с. 344.

1198

Тайц Б. М., Рахманова А. Г. Вакцинопрофилактика. Краткий справочник. 3-е изд., СПб, 2001, с. 169–170. Еще: «Среди привитых против эпидемического паротита наблюдаются случаи этой инфекции, при этом заболеваемость вакцинированных отдельными сериями паротитной вакцины достигает 34,9 ± 4,25 %» *(Михеева И. В.* Проблемы…).

1199

Nojd J. et al. Mumps virus-neutralizing antibodies do not protect against reinfection with a heterologous mumps virus genotype. *Vaccine* Feb 2001; 19:1727-31.

1200

Li Jin et al. Genetic Heterogeneity of Mumps Virus in the United Kingdom: Identification of Two New Genotypes. J. *Inf. Dis.* 1999; 180:829–833.

1201

Albonico H. U. Arguments against routine mumps vaccination. *Soz. Praventivmed.* 1995; 40:116-23.

1202

Тищенко П. Д. Вакцинация и права человека // Вакцинопрофилактика и права человека. Доклад РНКБ. М., 1994.

1203

См., например, недавние статьи *Hak E. et al.* Negative attitude of highly educated parents and health care workers towards future vaccinations in the Dutch childhood vaccination pro- gram. *Vaccine* (2005); 23:3103–3107, *Timmermans D. R. M. et al.* Attitudes and risk perception of parents of different ethnic backgrounds regarding meningococcal C vaccination. *Vaccine* (2005); 23:3329–3335 и *Maayan-Metzger A.* To vaccinate or not to vaccinate – that is the ques- tion: why are some mothers opposed to giving their infants hepatitis B vaccine? *Vaccine* (2005); 23:1941–1948. Авторы первой статьи с тревогой отмечают, что среди пожилых людей, отказывающихся от прививок от гриппа и от пневмококковой инфекции, подавляющее число прекрасно образованны (well educated), а «поскольку в течение последних десятилетий уровень образования постоянно растет, можно предположить, что все большее число людей будут критически относиться к прививкам (will adopt a critical attitude to wards vaccinations)». В последнем из указанных выше исследований, проведенном в Израиле, выяснилось, что каждая пятая мать, отказавшаяся от прививки от гепатита В своему младенцу… работает в сфере здравоохранения. В целом же в группе матерей-«отказниц» был обнаружен не только более высокий уровень образования и доходов по сравнению с матерями-«конформистками», но и в целом более критическое отношение к современной медицине, большее желание рожать дома и дольше кормить ребенка грудью.

1204

CSA Rep. B, A-87; Reaffirmed: Sunset Report, 1-97.